

# Unverbindliche Anmeldung zur Behandlung in der TCM-Klinik Bad Kötzing

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort.: \_\_\_\_\_

Geb. Dat.: \_\_\_\_\_ Tel. Nr. (tags/abends): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Adresse, Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

**Wir weisen darauf hin, dass die TCM-Klinik Bad Kötzing kein Konzept für Jugendliche unter 18 Jahren anbietet!**

ambulant oder  stationär im Doppelzimmer (Regelleistung) als

Kassenpatient  Kassenpatient mit privater Zusatzversicherung  Privatpatient (Selbstzahler)

\_\_\_\_\_ (gesetzliche Krankenkasse)

\_\_\_\_\_ (private Krankenversicherung)

**Wahlleistung:**  Unterbringung im Einzelzimmer und/oder  privatärztliche Leistungen

Wenn Sie Wahlleistungen in Anspruch nehmen wollen, so kreuzen Sie bitte gewünschte Wahlleistung an. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Wahlleistungen direkt mit Ihnen abgerechnet werden, unabhängig davon, ob Sie hierfür versichert sind oder nicht.

Klären Sie bitte in Ihrem eigenen Interesse vor Aufnahme mit Ihrer privaten (Zusatz-)Versicherung ab, welche Leistungen diese übernimmt. Die Abrechnung der Leistungen, die Sie in Anspruch nehmen, erfolgt in jedem Fall direkt mit Ihnen. Bitte beachten Sie die in der Patienten-Information beschriebene Verfahrensweise zur stationären Aufnahme in die TCM-Klinik Kötzing.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich war bereits in der TCM-Klinik Bad Kötzing im Jahr \_\_\_\_\_

ambulant und/oder  stationär

## Fragen zur Beurteilung der Behandlungsmöglichkeit in der TCM-Klinik

1. Was ist Ihre **Hauptbeschwerde**? (Bitte jeweils eine angeben und Intensität ankreuzen! Sonstige Beschwerden s. Frage 7)

	leicht	mittel	schwer
körperlich:			
psychisch:			

2. Wie lautet die schulmedizinische Diagnose dieser Hauptbeschwerde?  
(Sonstige Diagnosen siehe Frage 8)

3. Bitte schildern Sie ausführlich Ihre **Hauptbeschwerde (seit wann?/bei Schmerzen: wie häufig?)**

körperlich:
psychisch:

4. Jetzige Behandlung	Welche Behandlungen nehmen Sie <b>zur Zeit wegen der Erkrankung</b> regelmäßig in Anspruch, <b>für die eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde</b> :  Hausarzt / Arzt für Allgemeinmedizin Arzt für Innere Medizin Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenarzt Arzt für psychotherapeutische Medizin Sonstige Fachärzte: _____  Psychologischer Psychotherapeut Sonstige
-----------------------	--

5. Frühere Behandlungen:  <b>Bitte entsprechende Entlassungsberichte unbedingt beilegen (ggf. anfordern!)</b>	Welche Behandlungen haben Sie wegen der Erkrankung, <b>für die jetzt eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde, IN DEN LETZTEN 10 JAHREN</b> in Anspruch genommen: Keine stationäre Behandlung Krankenhaus Innere Medizin in: Krankenhaus Psychiatrie in: Krankenhaus Psychosomatik in: Psychosomatische Rehabilitation _____ ambulant, _____ stationär, in _____ Rentenversicherung, _____ Krankenkasse
---	---

6. Ambulante Psychotherapie  Name / Anschrift und Telefonnummer des Psychotherapeuten, wenn zur Zeit eine PT durchgeführt wird oder beantragt wurde:	Haben Sie in den letzten Jahren eine von der Krankenkasse genehmigte Psychotherapie – sogenannte Richtlinienpsychotherapie – durchgeführt?  Ich habe keine Richtlinienpsychotherapie beantragt und durchgeführt.  Eine Psychotherapie wurde mit _____ Stunden durchgeführt und abgeschlossen im Monat/Jahr _____.  Ich befinde mich zur Zeit in ambulanter Psychotherapie (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundiert, Verhaltenstherapie, als Einzeltherapie, als Gruppentherapie), bisherige Behandlungsstunden: _____ Stunden.  Eine Psychotherapie wurde beantragt und genehmigt und kann begonnen werden am (Monat/Jahr): _____ bei _____ (Namen links eintragen).
--	--

7. Weitere behandlungsbedürftige Beschwerden mit Verlauf und bisherige Therapie:

8. Weitere schulmedizinische Diagnosen, wegen derer Sie behandelt werden:

9. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (**ggf. gesondertes Blatt**)?

Name	Dosis/Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht	nur b. Bedarf
1.						
2.						
3.						
4.						

10. Frühere Erkrankungen und Operationen (**ggf. gesondertes Blatt**):

Operationen/Erkrankungen	Monat/Jahr bzw. seit wann?	Operationen/Erkrankungen	Monat/Jahr bzw. seit wann?
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	

Größe: \_\_\_\_\_ cm  
 Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
 Nikotin: \_\_\_\_\_/Tag  
 Alkohol: \_\_\_\_\_/Tag  
 Sonstige Drogen: \_\_\_\_\_

Krankschreibung:  nein /  ja, seit \_\_\_\_\_

Rentenverfahren:  nein /  ja, seit \_\_\_\_\_

Pflegebedürftigkeit:

- Ich kann mich alleine versorgen
- Ich brauche eine behindertengerechte Unterkunft
- Ich bin pflegebedürftig
- Ich brauche Hilfe bei/beim \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

(falls Rentner, bitte zuletzt ausgeübter bzw. erlernter Beruf)

\_\_\_\_\_  
 (Anziehen, Duschen/Baden, Treppensteigen, Essen usw.)

Rentner:  nein

ja, seit: \_\_\_\_\_

Ich brauche folgende Hilfsmittel/med. Geräte:

\_\_\_\_\_  
 (Gehstock, Rollstuhl, Rollator, Lagerungsmittel, z. B. O<sub>2</sub>-Gerät, Inhalator usw.)

Ernährung:  Mischkost /  vegetarisch /  vegan /  Nahrungsmittelunverträglichkeiten (bitte auf der Rückseite unter Nr. 15 sonstige Angaben vermerken!)

Krankenhausentlassungsbriefe/Facharztbefunde **bitte** in Kopie **umgekehrt chronologisch geordnet (neueste Befunde vorne) der letzten 10 Jahre** beilegen! Bitte keine Röntgen-/CT-/Kernspintomographiebilder schicken! Diese werden nach Prüfung Ihrer Unterlagen ggfs. gesondert angefordert.

11. Auswirkungen auf...	Wie wirken sich diese Beschwerden aus?	leicht	mittel	schwer
meinen Alltag				
meine Beziehung zu anderen				
meine beruflichen Anforderungen				

12. Ihre Behandlungsziele (Was möchten Sie durch die stationäre Behandlung erreichen / verbessern, und zwar körperlich, seelisch, sozial, beruflich und bezogen auf andere Ziele?)

.....

.....

.....

.....

Ihr Hauptziel? **(Konkret! Keine allgemeinen Aussagen wie Lebensqualität)**

.....

13. Warum reichen die bisherigen ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Hilfen nicht aus, um diese Behandlungsziele zu erreichen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Welche der nachfolgenden Punkte treffen Ihrer Meinung nach für Sie zu? (Mehrfachankreuzung möglich)

1	<input type="checkbox"/>	Ambulante, teilstationäre, häuslich-pflegerische Maßnahmen sind ausgeschöpft.
2	<input type="checkbox"/>	Das Krankheitsbild bei einer chronisch verlaufenden Erkrankung verschlechtert sich deutlich.
3	<input type="checkbox"/>	Es fehlt die Wirkung bzw. der Stillstand der bisherigen Therapien ist eingetreten.
4	<input type="checkbox"/>	Der Leidensdruck ist aufgrund der Dauer und/oder der Intensität der Beschwerden besonders hoch.
5	<input type="checkbox"/>	Die Arbeitsfähigkeit ist gefährdet.
6	<input type="checkbox"/>	Es liegen massive Einschränkungen im Alltag vor (z.B. Familienmitglieder leiden, Angstzustände)
7	<input type="checkbox"/>	Der Zustand droht sich zu verschlechtern, wenn keine anderen Maßnahmen ergriffen werden.
8	<input type="checkbox"/>	Ein Ereignis (Krisen jeder Art, Todesfall in der Familie, Partnerkonflikt, Arbeitsplatzverlust usw.) wirft den Patienten aus der Bahn, wodurch es akut zu einer Verschlechterung kommt.
9	<input type="checkbox"/>	Die Schwere der Symptomatik erfordert eine intensive ärztlich/psychotherapeutische Betreuung.
10	<input type="checkbox"/>	Durch strukturierten psychotherapeutischen und medizinischen Prozess soll eine weitere ambulante bzw. teilstationäre Weiterbehandlung ermöglicht werden, vor allem bei fehlender Krankheitseinsicht oder fehlender Motivation hinsichtlich einer Psychotherapie.
11	<input type="checkbox"/>	Eine intensivere Konfliktverarbeitung im stationären Setting ist notwendig.
12	<input type="checkbox"/>	Es besteht eine psychische Symptomatik, die in ambulanter Therapie zu chronifizieren droht.
13	<input type="checkbox"/>	Die Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld (Belastung, Gewalt usw.) ist erforderlich.
14	<input type="checkbox"/>	Es besteht akute psychische/körperliche Instabilität.
15	<input type="checkbox"/>	Es besteht eine stationär behandlungsbedürftige Begleiterkrankung.
16	<input type="checkbox"/>	Es liegt eine Unverträglichkeit herkömmlicher medizinischer Medikation vor.
17	<input type="checkbox"/>	Patienten leiden an mehreren Erkrankungen (Multimorbidität).
18	<input type="checkbox"/>	Eine vorangegangene stationäre Behandlung in der TCM-Klinik war bereits sehr erfolgreich.

15. Sonstige Angaben, die Sie für wesentlich halten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....