

Unverbindliche Anmeldung zur Behandlung in der TCM-Klinik Bad Kötzting

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Geb. Dat.: _____ Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____
Hausarzt (Name, Adresse, Tel.-Nr.): _____

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

☐ **stationär im Doppelzimmer (Regelleistung) als**

☐ Kassenpatient ☐ Kassenpatient mit privater Zusatzversicherung ☐ Privatpatient (Selbstzahler)

(gesetzliche Krankenkasse)

(private Krankenversicherung)

Wahlleistung: ☐ **Unterbringung im Einzelzimmer (70 €/Tag)** 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 Kötzting.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

☐ **Ich war bereits in der TCM-Klinik Bad Kötzting 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 zur Zeit wegen der Erkrankung regelmäßig in Anspruch: 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: Bitte entsprechende Entlassungsberichte unbedingt beilegen (ggf. anfordern!)	Welche Behandlungen haben Sie wegen der Erkrankung, für die jetzt eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde, IN DEN LETZTEN 10 Jahren bei psychischen Beschwerden und 5 Jahren bei körperlichen Beschwerden 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: _____

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

Rentner: ☐ nein
☐ ja, seit: _____

Ernährung: ☐ Mischkost
☐ vegetarisch
☐ vegan

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 _____

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

☐ Ich brauche folgende Hilfsmittel/med. Geräte:

(Gehstock, Rollstuhl, Rollator, Lagerungsmittel, z. B. O₂-Gerät, Inhalator usw.)

☐ Nahrungsmittelunverträglichkeiten und schulmedizinisch nachgewiesene Nahrungsmittelallergien
(bitte auf der Rückseite unter Nr. 15 = sonst. Angaben vermerken!)
Wichtig: Eine nicht vollständige Angabe in diesem Bereich, kann zu einer vorzeitigen Entlassung führen.

Krankenhausentlassungsbriefe/Facharztbefunde **bitte** in Kopie **umgekehrt chronologisch geordnet (neueste Befunde vorne) der letzten 10 Jahre bei psychischen Problemen und 5 Jahre bei körperlichen Beschwerden** 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	☐	Ambulante, teilstationäre, häuslich-pflegerische Maßnahmen sind ausgeschöpft.
2	☐	Das Krankheitsbild bei einer chronisch verlaufenden Erkrankung verschlechtert sich deutlich.
3	☐	Es fehlt die Wirkung bzw. der Stillstand der bisherigen Therapien ist eingetreten.
4	☐	Der Leidensdruck ist aufgrund der Dauer und/oder der Intensität der Beschwerden besonders hoch.
5	☐	Die Arbeitsfähigkeit ist gefährdet.
6	☐	Es liegen massive Einschränkungen im Alltag vor (z.B. Familienmitglieder leiden, Angstzustände)
7	☐	Der Zustand droht sich zu verschlechtern, wenn keine anderen Maßnahmen ergriffen werden.
8	☐	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	☐	Die Schwere der Symptomatik erfordert eine intensive ärztlich/psychotherapeutische Betreuung.
10	☐	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	☐	Eine intensivere Konfliktverarbeitung im stationären Setting ist notwendig.
12	☐	Es besteht eine psychische Symptomatik, die in ambulanter Therapie zu chronifizieren droht.
13	☐	Die Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld (Belastung, Gewalt usw.) ist erforderlich.
14	☐	Es besteht akute psychische/körperliche Instabilität.
15	☐	Es besteht eine stationär behandlungsbedürftige Begleiterkrankung.
16	☐	Es liegt eine Unverträglichkeit herkömmlicher medizinischer Medikation vor.
17	☐	Patienten leiden an mehreren Erkrankungen (Multimorbidität).
18	☐	Eine vorangegangene stationäre Behandlung in der TCM-Klinik war bereits sehr erfolgreich.

15. Sonstige Angaben, die Sie für wesentlich halten:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....