

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin

**Fragebogen bitte vollständig ausfüllen und aus Datenschutzgründen per Post zurückschicken an:**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH  
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Leitende Ärztin Silke Biesenthal-Matthes  
Kladower Damm 221  
14089 Berlin

Aufnahme stationär 030/ 365 01 – 1152  
Mo.Di, Fr 10 – 12 Uhr  
Do. 12 – 14 Uhr  
  
Aufnahme teilstationär 030/ 36501 – 341  
Di., Mi., Fr. 10 – 12 Uhr  
Do 12 – 14 Uhr  
  
Fax: 030/ 365 01 – 680  
  
E-Mail: AufnahmePsychosomatik@havelhoehe.de

**Behandlungswunsch (bitte nur eins ankreuzen):**

- stationäre Behandlung
- teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)

Der Fragebogen dient der Entscheidung über die Möglichkeit einer Aufnahme.

**!! Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Er wird von unseren Fachärzten nur bearbeitet, wenn er vollständig ausgefüllt ist !!**

Wir werden uns mit Ihnen in Verbindung setzen und Sie darüber informieren, ob eine Aufnahme bei uns möglich ist.

**Datenschutz:** Ihre personenbezogenen Daten werden zweckgebunden im Rahmen der Beurteilung und Aufnahmeentscheidung erhoben. Die Angabe der Daten erfolgt freiwillig. Allerdings werden diese Angaben dringend für eine fachliche Einschätzung und Behandlung benötigt. Die mindestens erforderlichen Daten sind entsprechend markiert (\*). Damit wir Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten können, bitten wir um vollständige Angaben, vor allem um Ihre **Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse**. **Bitte beachten Sie die Hinweise auf dem beiliegenden Merkblatt.**

Vor- und Zuname\*: .....  
Geb.-Datum\*: .....  
Straße\*: .....  
PLZ / Ort\*: .....  
Telefon / Mobil: .....  
Email: .....

Gesetzliche Krankenversicherung .....

Private Krankenversicherung .....

Private Zusatzversicherung. ....

- Chefarztbehandlung     1-Bett-Versicherung     2-Bett-Versicherung     Keine

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin

**Aktuelle Beschwerden:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Es ist notwendig, dass Sie vorab alle körperlichen Beschwerden durch Ihren Hausarzt oder Internisten abklären lassen!**

Was wurde an Untersuchungen durchgeführt? Was sind die Ergebnisse?

Bitte schildern Sie kurz Ihren Krankheitsverlauf und Ihre frühere Krankengeschichte:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Krankengeschichte**

Ich war schon einmal stationär in einer Klinik für Psychosomatische Medizin, Klinik für Psychiatrie oder einer anderen Klinik. **Bitte dringend die Entlassbriefe diesem Schreiben beifügen! Sie bekommen diese von Ihrem Hausarzt.**

Name der Klinik/  
Abteilung für

.....

Anlass

.....

von ..... bis.....

Name der Klinik/  
Abteilung für

.....

Anlass

.....

von ..... bis.....

Körpergröße cm:

Körpergewicht kg:

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin

Medikamente:     NEIN                     Ja    Wenn Ja, welche?

Nikotin        NEIN       JA    Wenn Ja, wie viel?.....

Alkohol       NEIN       JA    Wenn Ja, wie viel, was und wann?.....

Drogen       NEIN       JA    Wenn Ja, wie viel, was und wann?.....  
auch THC

Ich bin in hausärztlicher Behandlung                                     JA        NEIN

Ich bin in ambulanter psychosomatischer Behandlung                                     JA        NEIN

Ich bin in ambulanter psychiatrischer Behandlung                                     JA        NEIN

Ich bin in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung                                     JA        NEIN

Ich bin krank geschrieben seit  
.....

Ich habe derzeit ein laufendes       NEIN             JA            Wenn Ja, Welches?  
Rentenverfahren?  
.....

|   |
|---|
| <p><b><u>Befürwortung und Gründe sowie Unterschrift und Stempel für die stationär-<br/>psychosomatische Behandlung durch Ihren/Ihrer Psychosomatiker/in / Psychiater/in /<br/>Psychotherapeut/in:</u></b></p> |
|---|

|  |
|--|
| <p><b><u>Unterschrift und Stempel Hausärztin/Hausarzt:</u></b></p> |
|--|

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin

Anmerkung: Eine Zahnarztbehandlung während der stationären Behandlung ist nicht möglich!  
**Bitte konsultieren Sie Ihren Zahnarzt vor der stationären Aufnahme!**

**Datum:**

**Unterschrift Patient:**