



# BLOMENBURG

MENTAL HEALTH CARE

Blomenburg Privatlinik | Burgstraße 1 | 24238 Selent

**Blomenburg Privatlinik –  
Mental Health Care**  
Ärztliche Direktorin  
Dr. med. Stephanie Grabhorn  
Burgstraße 1  
24238 Selent

**Patientenmanagement**  
Tel.: +49 4384 3370-114  
Fax: +49 4384 3370-124

kontakt@blomenburg.com  
www.blomenburg.com

## PATIENTENSTAMMDATEN FÜR DIE AUFNAHME

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus und reichen ihn rechtzeitig vor der Aufnahme bei uns ein.

### AUFNAHME MÖGLICH AB DEM:

\_\_\_\_\_

**ANREISE BIS 11:00 UHR.** Bitte sprechen Sie dies mit dem Patientenmanagement ab.

**ANREISEART:**  Öffentliche Verkehrsmittel, Ankunftszeit Kiel HBF: \_\_\_\_\_

Eigener PKW, Fahrzeugtyp & Kennzeichen: \_\_\_\_\_

**EINWEISER:** (Name, Adresse, Facharzt für) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## STAMMDATEN

Name des Patienten, Geburtsname	Vorname	
Geburtsdatum, - ort	Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	Land	
Staatsangehörigkeit	Telefonnummer	
E-Mail	Mobilfunknummer	
Versicherung/Beihilfe (Bundesland)	Versichertennummer	% Anteil der Versicherung
Wahlleistungen Chefarztbehandlung/Zimmer (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Selbstzahler (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> 1-Bettzimmer <input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

BLOMENBURG Holding GmbH | Burgstraße 1 | 24238 Selent

Sitz der Gesellschaft: Debusweg 3, 61462 Königstein im Taunus | Registergericht: Amtsgericht Königstein im Taunus Taunus Geschäftsführer: Joost Rohrmann, Volker Thesing

Commerzbank Frankfurt | IBAN DE94 5008 0000 0090 0448 00 | USt-IdNr. DE298782139 | St.-Nr. 27/293/06447



# BLOMENBURG

MENTAL HEALTH CARE

Seite 2/4

## NOTFALLKONTAKT

Nachname	Vorname
Verhältnis	Telefonnummer

## ÄRZTLICHE KONTAKTDATEN

Name und Anschrift des Hausarztes (wenn vorhanden)	seit wann in Behandlung
Name und Anschrift des Psychiaters (wenn vorhanden)	seit wann in Behandlung
Name und Anschrift des Psychotherapeuten (wenn vorhanden)	seit wann in Behandlung

Ich erlaube mit meiner Unterschrift, den Mitarbeitern der Blomenburg Holding GmbH nach Abschluss meines stationären Aufenthaltes, den ausführlichen Entlassbrief an folgende Adressaten zu senden: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Hausarzt       Psychiater       Psychotherapeut       an mich selbst

Wie haben Sie durch uns erfahren? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Hausarzt       Psychiater       Psychotherapeut       Internetsuche  
 Social Media       Flyer/Prospekt       Presse/Werbearbeitung       Empfehlung Bekanntenkreis  
 Veranstaltung       Fachzentrum für Stressmedizin (Hamburg)  
 anderweitig, und zwar durch: \_\_\_\_\_

## FRÜHERE PSYCHIATRISCHE/PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN

Name und Anschrift	Zeitraum	Ambulant	Stationär / Tagesklinik
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name und Anschrift	Zeitraum	Ambulant	Stationär / Tagesklinik
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name und Anschrift	Zeitraum	Ambulant	Stationär / Tagesklinik
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# BLOMENBURG

MENTAL HEALTH CARE

Seite 3/4

## MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

### Grundlegende Angaben

Kinderkrankheiten
Bestehende Erkrankungen neben der zur Aufnahme begründeten Erkrankung? Wenn ja, welche?
Bisherige Operationen
Weitere Vorerkrankungen

### Welche Diagnosen/Symptome stehen aktuell für die Therapie bei uns im Vordergrund?

--

### Medikamenteneinnahme

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht
Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht
Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

### Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente allergisch?

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

Sollten Sie Unterlagen und Arztbriefe Ihrer bisherigen Behandlungen vorliegen haben, stellen Sie uns diese bitte ebenfalls zur Verfügung.

### Sonstige Informationen

Körpergröße, aktuelles Gewicht	Nahrungsmittelallergien
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Abneigung gegen Nahrungsmittel



# BLOMENBURG

MENTAL HEALTH CARE

Seite 4/4

Besondere Wünsche bzgl. der Ernährung		Vegetarisch (ja/nein)	Vegan (ja/nein)
Rauchen Sie?		Wenn ja, wie viel?	
Trinken Sie Alkohol?		Wenn ja, wie viel und wie häufig?	
Konsumieren Sie weitere Suchtmittel?		Wenn ja, welche und wie häufig?	
Durst	Appetit	Wasserlassen	Stuhlgang
Ist das Körpergewicht stabil?	Schlafverhalten	Sportliche Aktivitäten	
Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welche?			
Benötigen Sie Hilfsmittel (Rollator, Gehstock, Hörgerät, Blutzuckermessgerät etc.)? Wenn ja, welche und was müssen wir berücksichtigen?			

## SONDERWÜNSCHE ZIMMER (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Dünne Sommerdecke

Wolldecke

Besonderer Wunsch, und zwar: \_\_\_\_\_

Auf Anfrage nach Verfügbarkeit:

Nackenrolle

Keilkissen

Topper

Kleines Kopfkissen

Großes Kopfkissen

Gerne können Sie sich bei jeglichen Fragen bezüglich des Fragebogens oder Ihrer Behandlung jederzeit bei uns melden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient