

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.): _____	

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: _____

Fragen zur Beurteilung der Behandlungsmöglichkeit in der TCM-Klinik

1. Was ist Ihre **Hauptbeschwerde**? (Bitte nur eine angeben! Sonstige Beschwerden s. Frage 5):
2. Wie lautet die **schulmedizinische Diagnose** dieser Hauptbeschwerde? (Sonstige Beschwerden s. Frage 6):
3. Bitte schildern Sie ausführlich Ihre **Hauptbeschwerde (seit wann?/bei Schmerzen: wie häufig?)**
4. Wie wurde Ihre Hauptbeschwerde bisher behandelt (schulmedizinisch, psychiatrisch, psychosomatisch, naturheilkundlich, traditionell chinesisch, sonstige) und mit welchem Erfolg?
5. Weitere behandlungsbedürftige Beschwerden mit Verlauf und bisheriger Therapie:

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

7. Gibt es für Sie noch weitere (wichtige) Punkte, die Sie uns mitteilen möchten?
(z. B. belastende berufliche oder familiäre Situationen, Lebensumstände, Trauerfälle, etc.)

8. Nennen Sie uns ein Ziel, das Sie für sich selbst erreichen wollen:

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.						
5.						

10. Frühere Erkrankungen und Operationen, Psychotherapien (**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.	
5.		10.	

Größe: _____ cm
Gewicht: _____ kg
Nikotin: _____ / Tag
Alkohol: _____ / Tag
Beruf: _____
(falls Rentner, bitte zuletzt ausgeübter bzw. erlernter Beruf)

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. Nackenkissen, O₂-Gerät, Inhalator usw.)

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