



Um eine Behandlung in der Tagesklinik zu ermöglichen, ist es wichtig, dass Sie uns folgende Fragen **wahrheitsgemäß** und **vollständig** beantworten.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**Bundesland:** \_\_\_\_\_  
**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_  
**Ihre Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_  
**Ggf. Zusatzversicherung:** \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf die Tagesklinik aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### **Administrative Aufnahme**

1. Haben Sie eine Einweisung für die **Tagesklinik Naturheilkunde Immanuel Krankenhaus Berlin**? Ja  Nein
2. Die Einweisung erfolgt durch welche Ärztin/welchen Arzt?  
\_\_\_\_\_
3. Wie lautet Ihre Einweisungsdiagnose(n)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Welche körperlichen Beschwerden stehen für Sie im Vordergrund der Behandlung?  
\_\_\_\_\_
5. Haben Sie Ihre Einweisung vorab der Krankenkasse vorgelegt? Ja  Nein   
(wenn nein, bitte nachholen)
6. Für Versicherte der Barmer Ersatzkasse, DAK oder einer privaten Krankenkasse: Liegt eine Kostenübernahmeerklärung Ihrer Krankenkasse vor? Ja  Nein

*Bitte reichen Sie den Fragebogen erst ein, wenn die Kostenübernahme vorliegt!*

7. Ab wann wäre ein Start für Sie möglich? \_\_\_\_\_
8. Gibt es einen Wochentag, an dem Ihnen die Teilnahme unmöglich ist? \_\_\_\_\_



**B1:**

1. Liegt eine chronische Erkrankung vor (länger als 3 Monate)? Ja  Nein
2. Bei bestehenden Schmerzen / wie ist Ihr Beschwerdegrad?  
von 1 bis 10 (1 kaum spürbar / 10 nicht auszuhalten) \_\_\_\_\_
3. Wie stark erleben Sie sich dadurch im Alltag eingeschränkt: von 1 bis 10  
(1 kaum / 10 sehr extrem) \_\_\_\_\_
4. Wie stark sind Ihre psychischen Beschwerden: von 1 bis 10  
(1 kaum spürbar / 10 nicht auszuhalten) \_\_\_\_\_
5. Wie stark erleben Sie sich dadurch im Alltag eingeschränkt: von 1 bis 10  
(1 kaum / 10 sehr extrem) \_\_\_\_\_
6. Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Monaten bezüglich Ihrer  
Beschwerden eine ambulante Diagnostik oder Therapie durchgeführt? Ja  Nein   
Wenn ja, welche?  
 Physikalische Therapie/ Rehasport                       Medikamente  
 Invasive Maßnahmen (Spritzen/Infusion)             Ernährungsberatung  
 Im Einzelnen: \_\_\_\_\_
7. Erhalten Sie eine fachärztliche Mitbehandlung (Bsp.  
Schmerztherapie, Rheumatologe, Diabetologe, Neurologe)  
aufgrund der Einweisungsdiagnose? Ja  Nein
8. Hatten Sie bereits eine stationäre Therapie  
mit demselben Beschwerdebild? Ja  Nein   
Wenn ja, wann?: \_\_\_\_\_ in welcher Einrichtung? \_\_\_\_\_
9. Hatten Sie bereits eine Reha-Maßnahme  
mit demselben Beschwerdebild? Ja  Nein   
Wenn ja, wann?: \_\_\_\_\_
10. Haben Sie schon an einer Gruppe in der Tagesklinik Naturheilkunde  
teilgenommen? Ja  Nein   
Wenn ja, wann?: \_\_\_\_\_
- 10.a) Erleben Sie im Vergleich dazu aktuell eine Verschlimmerung  
der Beschwerden, mit denen Sie damals in Behandlung waren? Ja  Nein
- 10.b) Ist die Einweisungsdiagnose zum jetzigen Zeitpunkt eine  
andere / neue? Ja  Nein
11. Sind Sie Rentner/in? Altersrente Ja   
EU-Rente Ja   
Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? Ja



**B2:**

1. Sind Sie körperlich in Ihrer Mobilität/Beweglichkeit eingeschränkt? Ja  Nein

Wie äußert sich dies?

\_\_\_\_\_

2. Handelt es sich bei Ihren Schmerzen um eine akute Verschlimmerung der chron. Erkrankung oder einen akuten Schub? Ja  Nein

3. Nimmt Ihre Schmerzdauer trotz ambulanter Therapie stetig zu oder die Anzahl der Attacken? Ja  Nein

4. Glauben Sie, dass durch Ihre Erkrankung ein drohender Verlust Ihrer Selbständigkeit im Alltag bestehen könnte? Ja  Nein

Wie äußert sich das?

\_\_\_\_\_

5. Sind Sie seit mehr als 3 Monaten arbeitsunfähig oder häufen sich die Arbeitsunfähigkeiten? Ja  Nein

Bei häufigen Arbeitsunfähigkeiten: Wie sind sie zeitlich verteilt?

\_\_\_\_\_

6. Liegen bei Ihnen Begleiterkrankungen vor? (körperl. Erkrankungen und/oder Depression/Angsterkrankung) Ja  Nein

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

Wie äußern sie sich im Alltag? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 6.a) Werden oder wurden diese behandelt? Ja  Nein

- Wenn ja, wie:  Medikamente  Psychotherapie  
 psychiatrische Mitbehandlung  
 stationäre/tagesklinische Behandlungen im letzten Jahr

Im Einzelnen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



7. Liegen bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten vor?

a) Schmerzmedikamentenunverträglichkeiten Ja  Nein

b) sonstige Medikamentenunverträglichkeiten z.B. gegen  
Blutdruck,-Diabetesmedikamente, Psychopharmaka? Ja  Nein

Wenn ja, bei welchen Medikamenten und wie äußern sie sich?

---

---

8. Sind/waren die verordneten Medikamente wirksam? Ja  Nein

**Hiermit bestätige ich die oben genannten Angaben richtig und vollständig ausgefüllt zu haben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Um die Wirkung unseres Tagesklinik-Programms zu belegen und die Qualität zu sichern, führen wir regelmäßig wissenschaftliche Erhebungen durch. Wir freuen uns, wenn Sie uns dazu bei der aktuell laufenden Studie unterstützen.

Ihre eventuelle Studienteilnahme hat keinerlei Einfluss auf Ihre Teilnahme in der tagesklinischen Behandlung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und in pseudonymisierter Form ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt – d.h. Ihre Angaben zum Therapieverlauf sind in keiner Weise mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen.

Ein/e Mitarbeiter/in unseres Forschungsteams wird sich ca. 1 - 2 Wochen vor Beginn der tagesklinischen Therapie telefonisch bei Ihnen melden.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Erhebung freuen!

Bitte mit Unterschrift bestätigen:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



### Hinweis für Patient\*innen zur Datenübermittlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unsere Einrichtung bietet Ihnen die Möglichkeit, Untersuchungsergebnisse, Befunde oder Auskunftersuche in elektronischer Form bereitzustellen.

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Anschrift</b>
<b>Telefon</b>	<b>Fax</b>	<b>E-Mail</b>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten korrekt sind.

Berlin, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

### Hinweis

**Wir weisen daraufhin, dass eine unverschlüsselte E-Mail ggf. von jedermann mitgelesen werden kann. Aus diesem Grund benötigen wir Ihr explizites Einverständnis.**

### Einwilligung

**Mit meiner Unterschrift nehme ich den Hinweis zur Kenntnis und gebe meine Einwilligung zum Versand einer unverschlüsselten E-Mail an die von mir angegebene E-Mail-Adresse.**

Berlin, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**