



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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Ggf. Zusatzversicherung: _____

Wie sind Sie auf die Tagesklinik aufmerksam geworden? _____

Administrative Aufnahme

1. Haben Sie bereits eine Einweisung für die **Tagesklinik Naturheilkunde Immanuel Krankenhaus Berlin**? Ja Nein

Bitte bringen Sie die Einweisung zum ärztlichen Vorgespräch mit, **nicht** vorab schicken!

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. Für Versicherte einer privaten Krankenkasse: Liegt eine Kostenübernahmeerklärung Ihrer Krankenkasse vor? Ja Nein

6. Ab wann wäre ein Start für Sie möglich? _____

7. 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/ Reha-Sport 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?: _____
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 das? _____

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? Ja Nein
Körperliche Erkrankungen:
Wenn ja, welche? _____

Psychiatrische Erkrankungen: z.B. Depressionen, Angst- oder Ess-Störungen
Wenn ja, welche? _____

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

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

7. Konsumieren Sie:
Alkohol Ja Nein
wieviel: _____
Nikotin Ja Nein
wieviel: _____
Cannabis Ja Nein
wieviel: _____



8. Liegen bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten vor? Ja Nein
Wenn ja, bei welchen Medikamenten und wie äußern sie sich?

9. Sind/waren die Ihnen verordneten Medikamente wirksam? Ja Nein

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

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.

Name	Vorname	Anschrift
Telefon	Fax	E-Mail

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