



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: _____

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
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

