



## Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik. Bei der Vorbereitung Ihrer Behandlung können Sie uns schon jetzt helfen, indem Sie die nachstehenden Fragen möglichst konkret beantworten.

### I) Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht m/w/d \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, HsNr: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf bzw. derzeitige Tätigkeit oder Ausbildung: \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig  arbeitslos  berentet  Rentenantrag seit \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Die Bankverbindung dient der Vorbereitung eines Lastschriftmandats. Durch Ihre Unterschrift am Aufnahmetag wird es einmalig für gewünschte Leistungen aktiviert. Die **Barzahlung** im Rahmen der Selbstzahlung ist **nicht möglich**. Eine Zahlung mit EC Karte beim Auschecken ist möglich (NUR EC-Karte, keine Kreditkarten).

### II) Versicherung:

Gesetzliche Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

ggf. Private Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Einbett-Zimmer  Zweibett-Zimmer  Chefarzt-Behandlung

### oder

Private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Einbett-Zimmer  Zweibett-Zimmer  Chefarzt-Behandlung

ggf. Beihilfe: \_\_\_\_\_

Einbett-Zimmer  Zweibett-Zimmer  Chefarzt-Behandlung



### III) Behandler/innen:

Facharzt/Fachärztin: Name, Adresse, Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psychotherapeut/in: Name, Adresse, Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hausarzt/Hausärztin: Name, Adresse, Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IV) Fragen zur Aufnahme

1. Aufgrund welcher im Vordergrund stehenden Schwierigkeit streben Sie einen Aufenthalt in unserer Klinik an? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Welche Diagnosen wurden von bisherigen Ärzten/Ärztinnen Therapeuten/Therapeutinnen gestellt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Wurde in der Vergangenheit die Diagnose einer Psychose (z.B. Schizophrenie) oder einer manischen Erkrankung (z.B. Manie, bipolare Störung) gestellt?

ja  nein      Wenn ja, welche Diagnose? \_\_\_\_\_

4. Haben Sie sich schon über unser Behandlungskonzept, insbesondere die Therapeutischen Vereinbarungen informiert?  ja  nein

5. Zu diesen Vereinbarungen zählen für die Dauer des Aufenthaltes u. a. der Verzicht auf Medien, Nikotin und Alkohol. Können Sie sich vorstellen, diese Vereinbarungen einzuhalten?

ja  nein

6. Wo erwarten Sie die meisten Schwierigkeiten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



7. In welcher Partner- / Familiensituation leben Sie derzeit?

---

---

8. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

---

---

9. Haben Sie laufende Rechtsstreitigkeiten? Wenn ja, welche?

---

---

10. Liegen bei Ihnen körperliche Erkrankungen oder Einschränkungen vor?

---

---

11. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Menge? Seit wann?

---

---

12. Welche Medikamente haben Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen? Menge? Wie lange?

---

---

13. Befinden Sie sich aktuell in einer nicht abgeschlossenen zahnärztlichen Behandlung?

ja  nein

14. Gibt es nachgewiesene Allergien (z.B. Hausstaubmilben) oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z.B. Laktose, Gluten)?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

15. Wünschen Sie vegane Kost?  ja  nein

16. Bitte beschreiben Sie Art, Menge und Dauer Ihres Alkoholkonsums.

---

---



17. Haben Sie schon Drogen eingenommen? Wann? Welche? Zeitraum? Menge?

---

---

18. Rauchen Sie?

ja  nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Sind Sie bereit, für die Aufenthaltsdauer mit dem Rauchen aufzuhören?  ja  nein

19. Sehen Sie Probleme in Ihrem Essverhalten (z. B. Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Appetitzügler)? Beschreiben Sie das bitte.

---

---

Körpergröße in cm \_\_\_\_\_ derzeitiges Gewicht in kg \_\_\_\_\_

20. Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken?  ja  nein

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

21. Haben Sie schon versucht, sich umzubringen?  ja  nein

Wenn ja, wann und auf welche Art? \_\_\_\_\_

22. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer / psychiatrischer Behandlung?

			ambulant	stationär
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Sind Sie AKTUELL in ambulanter Psychotherapie?  ja  nein

Wenn NEIN: Warum nicht bzw. welche Versuche wurden bisher unternommen, um einen ambulanten Therapieplatz zu erhalten?

---

---

24. Besuchen Sie Selbsthilfegruppen?  ja  nein

Wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_



25. Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einweiser*in/Therapeut*in/Arzt/Ärztin        | <input type="checkbox"/> Krankenkasse    |
| <input type="checkbox"/> Recherche im Internet                        | <input type="checkbox"/> Zeitungsartikel |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe                            | <input type="checkbox"/> Social Media    |
| <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme                               | <input type="checkbox"/> Sonstiges       |
| <input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte/Ehem. Patient*innen |  |

26. Haben Sie sich noch in einer anderen Klinik beworben?

- nein  ja, in \_\_\_\_\_

### V) Weitere Fragen zum Ankreuzen

Die folgenden Fragen brauchen Sie nur mit Ja oder Nein beantworten. Es kann sein, dass keine oder nur wenige dieser Fragen Ihre persönliche Situation berühren. Lassen Sie sich davon bitte nicht irritieren. Bitte machen Sie jeweils nur ein Kreuz in das für Sie zutreffende Kästchen.

	Ja	Nein
1. Haben Sie in den letzten Jahren sehr oft die Arbeit gewechselt, oder mehrfach eine Ausbildung begonnen, die Sie dann nicht beendet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie durch Ihre persönlichen Schwierigkeiten bisher in Ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Laufbahn weit hinter Ihren Möglichkeiten geblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt?		
Haare ausgerissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blutig gekratzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbst verbrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Schwierigkeiten mit...		
Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind Sie verzweifelt über den dauerhaften Wechsel und die Austauschbarkeit von Ängsten, Zwängen oder Süchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie fast ständig ein schier unerträgliches Gefühl von Einsamkeit oder innerer Leere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein
8. Spüren Sie häufig einen abgrundtiefen Selbsthass, sodass Sie an ihrem Recht zweifeln, überhaupt zu existieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spüren Sie oft eine Kränkung oder einen Ärger gar nicht und explodieren hinterher gegenüber einer anderen Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Erleben Sie Ihre Angst als Panik, bzw. haben Sie Sorge, dass Ihre mörderische Wut außer Kontrolle gerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie manchmal das Gefühl...		
auseinanderzufallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich aufzulösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu erstarren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kennen Sie den Zustand, dass Sie etwas tun, nur um zu spüren, dass Sie da sind?		
z.B. weiterreden, um sicher zu sein, dass Sie existieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich selbst verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas Aggressives tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben oder hatten Sie merkwürdige Erlebnisse, die Sie sich nicht erklären können?		
z.B. merkwürdige Geräusche, Bilder oder Gestalten tauchen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jemand beobachtet, kontrolliert oder beeinflusst Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere merkwürdige unbeschreibliche Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gehört es zu Ihren Erfahrungen, dass Sie sich in engen Beziehungen mit einem schnellen Wechsel von starken Gefühlen erleben, wie... z.B.		
zerstörerische Wut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
panische Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
totales Ausgeliefertsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Brechen Sie immer wieder Kontakte zu Menschen ab, die Ihnen zuerst großartig erscheinen, vielleicht, weil diese einen Fehler gemacht, oder Sie enttäuscht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Können Sie Ihre wichtigsten Bezugspersonen indirekt dazu bringen, das zu tun, was Sie wollen, indem Sie...		
z.B. Schmerzen vorgeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Worten provozieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Handlungen provozieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich aus dem Kontakt ziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VI) Einverständnis

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei weiteren Fragen Ihre/n Ärztin/Arzt bzw. Therapeut/in kontaktieren?

ja     nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per E-Mail kontaktieren?

ja     nein, ich möchte nur per Post/telefonisch kontaktiert werden.

Gibt es Familienangehörige, denen gegenüber Sie uns von der Schweigepflicht entbinden möchten (z.B. Ehepartner\*in, Eltern, Kinder)?

nein     ja: \_\_\_\_\_ (Name, Geburtsdatum).

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_



## Kurzbefund

---

Mit diesem Kurzbefund möchten wir es Ihnen erleichtern, uns ein Bild vom derzeitigen Zustand Ihrer Patientin / Ihres Patienten zu zeichnen.

**Patientendaten** (Name, Vorname, Geburtsdatum):

**Einweisungsdiagnosen** (nach ICD-10):

**Begründung der Notwendigkeit der stationären Behandlung** (z.B. Akuität, Abstand vom häuslichen und beruflichen Umfeld, ambulante Psychotherapie zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichend oder noch nicht möglich):

**Ambulante Psychotherapie:**

- Ja: Seit wann?
- Nein: Welche Versuche wurden bisher unternommen, um einen ambulanten Therapieplatz zu erhalten (z.B. Sprechstunden, Probatorische Sitzungen, Wartelisten)?

**Psychopharmakologische Medikation:**

**Suchtanamnese:**

Aktuelle Einschätzung von **Suizidalität** und / oder **selbstverletzendem Verhalten**:

Hinweise auf **psychotisches Erleben**:

Datum, Unterschrift, Stempel

**Vielen Dank für Ihre Mühe, Ihre Angaben sind für uns sehr hilfreich!**

Für weitere Anmerkungen oder Rückfragen erreichen Sie unsere Aufnahmeabteilung unter den Rufnummern 08322 709-111 und 08322 709-145 zu den folgenden Zeiten:

**Montag bis Freitag:** vormittags von 09:00 bis 11:00 Uhr

**Montag bis Donnerstag:** nachmittags von 13:00 bis 15:00 Uhr





## Kostenübernahmeerklärung Kurbeitrag

Name
Anschrift
Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich als Selbstzahler\*in die Kosten für den Kurbeitrag in Höhe von 1,60 € pro Behandlungstag für die gesamte stationäre Behandlung übernehme.

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



**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

ADULA KLINIK GmbH & Co. KG In der Leite 6 D-87561 Oberstdorf	SEPA-Mandat für folgende Leistungen (bitte ankreuzen):  <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Kurbeitrag <input type="checkbox"/> Eigenanteil <input type="checkbox"/> Familienwoche
--	---

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE58ZZZ00002614142	[Mandatsreferenz] Patientennummer
--	--------------------------------------

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) ADULA KLINIK GmbH & Co. KG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von ADULA KLINIK GmbH & Co. KG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bestätige hiermit, dass ich die aktuellen Preise für diese Dienstleistungen zur Kenntnis genommen habe und diese Preise akzeptiere.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC1]	[IBAN]
--------	--------

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
--------------	------------------------------------

## Laborinformation zur Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

22.05.2018

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir Sie über die Ihnen durch die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zustehenden Rechte aufklären und darlegen wie Ihre persönlichen Daten zur Durchführung von Laboruntersuchungen verarbeitet werden.

**Für die Datenverarbeitung Verantwortlicher:** Verantwortlich für Ihre Daten, die im Zusammenhang mit den für Sie durchgeführten Laboruntersuchungen erhoben werden, ist das Medizinisch-Diagnostische Labor Kempten - Dr. Cremer & Dr. Lapatschek, das durch Sie oder durch einen einsendenden behandelnden Arzt in Ihrem Namen mit der Untersuchung beauftragt worden ist. Den Kontakt zu den Datenschutzverantwortlichen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite oder telefonisch.

Im Rahmen von Laboruntersuchungen werden folgende Daten verarbeitet und erhoben:

- Patientenstammdaten (Name, Geschlecht, Alter, Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung, Versicherungsnummer, Nationalität, ggf. Telefonnummer)
- Einsendungsdaten (Einsendender Arzt, Zeitpunkt)
- Überweisungsdaten und Daten des Überweisungsscheins (Angeforderte Untersuchungen, Angaben zu Erkrankungen)
- Laborwerte der Untersuchungen
- Befundungsdaten
- Daten zur Befundübermittlung
- Abrechnungsdaten
- Daten zu ggf. erfolgten Meldungen (bei meldepflichtigen Befunden)

**Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:** Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß den Bestimmungen und auf Rechtsgrundlage der DSGVO (insb. Art. 6 Abs. 1b,f & Art. 9), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und weiterer nationaler Gesetze insbesondere aus dem Gesundheits- und Sozialrecht, dem Recht der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, dem ärztlichen Berufsrecht sowie aller weiteren für das Rechtsverhältnis maßgeblichen Gesetze verarbeitet, um den Untersuchungsauftrag zu erfüllen. Grundlage hierfür sind der mit Ihnen geschlossene Behandlungsvertrag und die jeweils anwendbaren krankensicherungsrechtlichen Abrechnungsvorgaben (EBM bzw. GOÄ). Ihr Behandlungsvertrag mit dem Labor kommt durch Auftragserteilung in Ihrem Namen durch den behandelnden Arzt zustande.

**Datenübermittlungen:** Kann eine erforderliche Untersuchung nicht direkt im Medizinisch-Diagnostischen Labor Kempten durchgeführt werden, erfolgt eine fachärztliche Überweisung an ein qualifiziertes Partnerlabor. Durch die Überweisung wird in Ihrem Namen ein weiterer Behandlungsvertrag begründet und das empfangende Labor wird zu einem selbständig Verantwortlichen für Ihre personenbezogenen Daten. Im Fall einer nach den gesetzlichen Vorgaben meldepflichtigen Erkrankung oder eines meldepflichtigen Laborwertes muss eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Zu Abrechnungszwecken werden – wenn Sie gesetzlich oder freiwillig gesetzlich versichert sind – Ihre Abrechnungsdaten an Ihre Krankenkasse übermittelt.

**Empfänger Ihrer Daten innerhalb der EU:** Fallbezogen an den behandelnden Ärzte, Partnerlaboratorien und bei meldepflichtige Befunde an die zuständige Gesundheitsbehörde (s.o.).

Eine Weitergabe an Empfänger außerhalb der EU findet nicht statt.

**Einschbarkeit Ihrer Daten durch Dritte:** Im Rahmen von Wartung und Administration an der eingesetzten Informations- und Labortechnik können Ihre Daten während Wartungsmaßnahmen für namentlich unter Schweigepflicht stehende Mitarbeiter der beauftragten, weisungsgebundenen Dienstleister einsehbar sein. Dies sind:

- OSM Gruppe (bestehend aus ix.mid GmbH und OSM AG; IT mit Laborinformationssystem mit integrierter Software zur Laboranforderung und Befundübermittlung)
- Hersteller von Analysegeräten (technische Wartung)
- Dienstleister und Anwendungshersteller (Softwarewartung)

Eine automatische Übermittlung der erhobenen Daten findet nicht statt. Alle an der Verarbeitung beteiligten Systeme stehen am Standort und unter Verwaltung des Labors. Eine Liste der im jeweiligen Auftrag involvierten Drittparteien kann auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

**Dauer der Datenspeicherung:** Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und eventuell bestehende gesetzliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind.

**Ihre Rechte:** Sie können jederzeit unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten verlangen. Sie haben außerdem das Recht, die Berichtigung unrichtiger Daten oder – bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen – die Berichtigung, Einschränkung oder Löschung Ihrer Daten zu verlangen. Auch mit sonstigen Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Sie haben außerdem jederzeit das Recht sich bei Problemen an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Eine Liste aller Datenschutzaufsichtsbehörden finden Sie hier:

[https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html)

## Einwilligungserklärung für Patienten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart, ggf. notwendige Angaben zur Grunderkrankung und Vorbefunde) an das Medizinisch-Diagnostische Labor Kempten - Dr. Cremer & Dr. Lapatschek bzw. an die assoziierte Laborgemeinschaft Allgäuer Ärzte zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben darf.

Dies schließt die Weitergabe der Daten und des Untersuchungsmaterials an qualifizierte Partnerlabore ein, für den Fall, dass eine erforderliche Untersuchung nicht direkt im Medizinisch-Diagnostischen Labor Kempten durchgeführt werden kann. Die beauftragten Speziallabore unterliegen ebenfalls den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung für privatärztliche oder IGEL-Leistungen durch das leistungserbringende Labor gemäß der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum maximal 1,15-fachen Satz erfolgt.

Die Kosten für die Analysen können telefonisch im Labor erfragt werden (Tel. 0831 / 57 141 -16).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und notwendige persönliche Daten ggf. auf Veranlassung an medizinische Einrichtungen zur Optimierung meiner Behandlung auch elektronisch versendet werden dürfen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Datum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_





## Merkblatt für die Aufnahme in die Adula Klinik

Postanschrift:

**Adula Klinik Oberstdorf**

Aufnahmeteam

In der Leite 6

D-87561 Oberstdorf

Telefonsprechzeiten:

Montag bis Donnerstag 9.00 bis 11.00 Uhr und 13.00 bis 15.00 Uhr

Freitag 9.00 bis 11.00 Uhr

**Telefon:**

**08322 709 – 111 / 145**

**Aufnahmeberater\*innen: Barbara Uhl, Svenja Prinz und Tobias Schuster**

**Aufnahmesekretariat: Maria Schmidbauer**

Fax: 08322 709 403

E-Mail: [aufnahme@adula-klinik.de](mailto:aufnahme@adula-klinik.de)

Die erforderlichen Unterlagen habe ich zusammengestellt:

- Kostenübernahmeerklärung der privaten Krankenversicherung, ggf. der Beihilfe (bei privat Versicherten) oder Verordnung von Krankenhausbehandlung des Arztes / der Ärztin oder Therapeuten / Therapeutin (bei gesetzlich Versicherten)
- Kurzbefund bzw. Bericht des/der behandelnden Arztes / Ärztin oder Therapeuten / Therapeutin
- ausgefüllter Fragebogen Adula Klinik
- selbstverfasster Motivationsbericht
- Berichte bisheriger psychosomatischer / psychiatrischer Behandlungen und/oder relevanter körperlicher Erkrankungen

➤ \_\_\_\_\_  
(Zusätzlich benötigte Dokumente nach Absprache mit dem Aufnahmeteam)



## Therapeutische Vereinbarungen

### Bitte an die Klinik zurücksenden

*Unsere Therapeutischen Vereinbarungen sind ein wichtiger Bestandteil unseres Therapieangebots.*

Es geht darum, auf Dinge, die wir in unserem Alltag – oft automatisch oder unbewusst – zur Ablenkung und Zerstreuung oder zum Spannungsabbau verwenden, für die Dauer des Therapieaufenthaltes zu verzichten. Dadurch schaffen wir Raum für neue Erfahrungen und kommen mehr in Kontakt mit unserem inneren Erleben.

Die Erfahrung zeigt, dass wir auf diese Weise sehr viel schneller und effektiver mit den dahinterliegenden wirklichen Gefühlen und Bedürfnissen in Kontakt kommen. So ist die Arbeit mit den Therapeutischen Vereinbarungen ein Schritt in Richtung Bewusst-Sein über sich selbst: „Wie gehe ich mit meinen Gefühlen um?“, „Welches sind meine wahren Bedürfnisse?“.

Mit dem Verzicht auf Ablenkung können uns natürlich auch schmerzliche, wütende oder andere Gefühle bewusstwerden. Zentral für unser Therapiekonzept ist, dass wir Sie damit nicht alleine lassen, sondern Sie in diesen Prozessen liebevoll therapeutisch begleiten und dabei unterstützen, neue und konstruktive Verhaltensweisen auszuprobieren und einzuüben.

Der Verzicht auf gewohnte Verhaltensweisen ist ein kleines "Abenteuer", auf das Sie sich für die Dauer des stationären Aufenthaltes bei uns einlassen sollten.

### **Ich bleibe während der gesamten Therapiedauer frei von:**

1. Alkohol (z. B. auch von sogenanntem alkoholfreiem Bier), Nikotin, sonstigen Drogen
2. selbstverletzendem Verhalten
3. Exklusivbeziehungen (sich dauerhaft aus der Therapeutischen Gemeinschaft herauszuziehen und sich während der Therapie ausschließlich auf eine Zweierbeziehung zu beschränken)
4. erotischen Annäherungen und sexuellen Kontakten
5. Fernsehen, Kino, etc.
6. Glücks- und Geldspielen
7. elektronischen Medien und Musikkonserven: Tablets, Notebooks, Radio etc. lasse ich zuhause. Mein Smartphone bleibt tagsüber im Zimmer und ich nutze es nur in unbedingt notwendigen Fällen außerhalb der Therapiezeit für maximal eine Stunde täglich und am Wochenende, wenn erforderlich bei Außenaktivitäten.

### **Darüber hinaus gibt es zu Beginn der Therapie die freiwillige Möglichkeit des Kontaktverzichts.**

Für diesen Fall gilt nach Rücksprache mit dem Kerngruppentherapeuten/der Kerngruppentherapeutin vom Aufnahmetag bis zum Frühstück am Sonntag der folgenden Woche:

- Ich nehme keinen Kontakt (z. B. durch Briefe, Telefonate, Besuche) nach außen auf.
- Spaziergänge und Ausflüge sind täglich möglich, sollen aber in dieser Zeit nur in begrenztem und vorgegebenem Umfang gemacht werden.
- Besuche von Selbsthilfegruppen und Gottesdiensten sind jedoch jederzeit möglich.

Ich erkläre mich mit dem oben Gelesenen einverstanden

---

Datum

Name, Vorname

Unterschrift