

## ANMELDEBOGEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

Nächster Angehöriger o. Vertrauensperson: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer (falls vorhanden; bitte ggf. Betreuerausweis beifügen): \_\_\_\_\_

**Hausarzt/in:** \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Facharzt/in: f. Psychiatrie / Psychosomatik:** \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich war bereits in der Burghof-Klinik in Rinteln  JA  NEIN

Zurzeit arbeitsunfähig:  JA, seit wann \_\_\_\_\_  NEIN Beruf: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Krankenkasse:

Name: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Beihilfestelle bei beihilfeberechtigten Patienten/Patientinnen** \_\_\_\_\_

### Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung:

Name: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Versicherungstarif für Wahlleistungen

1-Bett-Zi. (\_\_\_%)  2-Bett-Zi. (\_\_\_%)  Wahlärztl. Beh. (\_\_\_%)  Allg. Krankenhausleistung (\_\_\_%)

### Ich möchte folgende Leistung in Anspruch nehmen:

Wahlärztliche Behandlung (Chef-/Wahlarzt/Wahlärztin gesonderte Abrechnung nach GOÄ)

Wahlleistung 1-Bett Zimmer von 46,97 EUR bis 70,54 EUR / pro Tag

(verschiedene Ausstattungen u. Komfortleistungen)

Wahlleistung 2-Bett Zimmer (mit Komfort) 31,18 EUR /pro Tag

Bei Fragen zu den Wahlleistungen wenden Sie sich bitte an das Patientenmanagement

**Terminwunsch:** \_\_\_\_\_  sobald wie möglich

Ich benötige \_\_\_\_\_ Tage Vorlaufzeit (max. 5-10 Tage unsererseits möglich).

Die Aufnahme ist kurzfristig möglich  JA \*  NEIN

\* hier kann die Wartezeit im Einzelfall deutlich verringert werden

---

## Persönlicher Bericht für die Anmeldung

Hinweis: Dieser Bericht wird vertraulich behandelt und wird nur intern dem/der zuständigen Arzt/Ärztin oder Psychotherapeuten/Psychotherapeutin der Burghof-Klinik zur Verfügung gestellt. Bitte denken Sie daran, auch den Anmeldebogen bzw. die Datenschutzgrundverordnung auszufüllen und mit einzusenden.

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung in unserer Klinik bereits vor Aufnahme möglichst gut vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Daher bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

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

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

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

männlich

weiblich

inter/divers

PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

- 
- 1. Beschreiben Sie bitte, aufgrund welcher körperlichen und/oder seelischen Beschwerden Sie sich in der Burghof-Klinik behandeln lassen möchten.**

---

---

---

---

---

---

---

---

- 
- 2. Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt (Beginn, zeitlicher Verlauf)?**

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

- JA  NEIN

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

Jahr	Einrichtung	Aufnahmegrund	Dauer/Wochen

Wir bitten (falls nicht schon vorliegend) um einen Abschlussbericht der aktuellen psychiatrischen und psychosomatischen Aufenthalte

### 4. Sind oder waren Sie bereits in ambulanter Psychotherapie?

- JA (Bitte Namen und Anschrift des/der Therapeuten/Therapeutin angeben: Wir bitten, falls nicht schon vorliegend um einen kurzen Befundbericht).

\_\_\_\_\_  
Name des/der Therapeuten/Therapeutin

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort/Land

Therapierichtung:  Verhaltenstherapie  Tiefenpsychologie  Andere

- NEIN  Bitte um Begründung:

\_\_\_\_\_

### 5. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (bei Platzmangel auf Rückseite ergänzen)

Medikament	Dosierung	Seit wann

---

**Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien?**

JA  NEIN

Wenn ja, wogegen:

---

---

**6. Trinken Sie Alkohol und in welchen Mengen**  JA Menge/Häufigkeit: \_\_\_\_\_  Nein  
Wenn ja, welcher Art \_\_\_\_\_

---

**7. Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen**

JA Menge/Häufigkeit: : \_\_\_\_\_  Nein

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

---

**8. Haben Sie eine Geh- oder körperliche Behinderung? Benötigen Sie medizinische oder sonstige Hilfsmittel (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)? Ist Ihre Selbstständigkeit eingeschränkt oder sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen? (Achtung: unser Haus verfügt über keine Aufzüge!)**

JA

NEIN

Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben:

---

---

---

---

**9. Haben Sie eine Hörbehinderung?**

JA und zwar \_\_\_\_\_

NEIN

Hinweis: Die Teilnahme an den Gruppentherapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen

---

**10. Haben Sie zurzeit schwere akute körperliche Krankheiten oder Beschwerden?**

JA, welche \_\_\_\_\_

NEIN

---

11. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus wegen einer körperlichen Erkrankung behandelt? Wenn ja, wann und mit welcher Diagnose

JA

---

NEIN

---

12. Leiden Sie jetzt an schwerwiegenden chronischen Erkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit, Herzkrankheit, Bluthochdruck, chronische Bronchitis usw.)?

JA

---

NEIN

---

13. Liegt bei Ihnen eine klinisch relevante Nahrungsmittelallergie vor? Wenn ja, gegen welche Nahrungsmittel (Bestandteile)? Bitte fügen Sie eine Kopie der Ärztlichen Bescheinigung bei.

JA

---

NEIN

---

14. Läuft aktuell ein Rentenverfahren/Widerspruchsverfahren/Rehaverfahren? Wenn ja, welches?

JA

---

NEIN

---

15. Gewicht:    kg

Größe:    cm

---

Datum:

Unterschrift:

## Verwendbar sowohl für gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten

Burghof-Klinik GmbH & Co. KG  
Ritterstraße 19  
31737 Rinteln

### Datenübermittlung zwischen den Krankenhäusern und Hausärzten / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandlern

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO) / § 6 Ziff. 2, § 13  
Abs. 2 Ziff. 1 DSGVO / § 6 Abs. 1 b), § 11 Abs. 2 a) KDG)

Ich, [P0\_VORNAME] [P0\_NAME],

Pat-Nr.: [P\_PATNR]

geboren am [P0\_GEBDATUM],

wohnhaft in: [P0\_STRASSE], [P0\_PLZ] [P0\_ORT]

#### 1. Datenübermittlungen des Krankenhauses an Hausärzte / sonstige Ärzte / Behandler:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt / sonstigen Vorbehandler / Nach- / Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und / oder Weiterbehandlung übermittelt. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den **Hausarzt** der Erstellung und Vervollständigung einer von diesem durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meinem Hausarzt / sonstigen Arzt / Behandler übernommen wird.

Es können mehrere Ärzte angegeben werden.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

#### 2. Anforderung von Daten von Hausärzten / Behandlern:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt bzw. sonstigen Vorbehandler / Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu den Zwecken verarbeiten, zu denen sie übermittelt worden sind.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

**Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname und Anschrift des Vertreters)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vertreters)

**Verwendbar sowohl für gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten**

Burghof-Klinik GmbH & Co. KG  
Ritterstraße 19  
31737 Rinteln

## Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Institutionen

Ich \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

- bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an unten genannte Institutionen zu folgenden Zwecken weitergeben darf:

**Institution/Person:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

**Zweck der Datenweitergabe:**

\_\_\_\_\_

- bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von folgenden Institutionen zu folgenden Zwecken anfordern kann:

**Institution/Person:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

**Zweck der Datenweitergabe:**

\_\_\_\_\_

**Ihre Einwilligung ist freiwillig.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

