



Sozialstiftung Bamberg

Wenn Sie uns brauchen.

Tagesklinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde

Chefarzt Prof. Dr. med. Langhorst

Buger Str. 80, 96049 Bamberg

Tel. 0951 503 16930

tk.integrative.medizin@sozialstiftung-bamberg.de

Tagesklinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde

Formblatt

Um einen teilstationären Aufenthalt zu ermöglichen ist es wichtig, dass Sie uns folgende Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Ergänzend benötigen wir aussagekräftige Befunde im Bezug auf Ihre Beschwerden.

Name	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Krankenversicherung	
Ggf. Beihilfe	



Indikation zur Naturheilkundlichen Behandlung in der Tagesklinik

A: Administrative Aufnahme

1.	Welche Diagnose steht für Sie im Vordergrund der Behandlung?
2.	Was ist für Sie das Ziel der Teilnahme an der Tagesklinik?
3.	Haben Sie aufgrund der Hauptdiagnose bereits eine REHA in Anspruch genommen? (wenn ja, wann und welche Art? (Z.B.psychosomatisch) ☐Nein ☐Ja, wann und wo? _____ Bitte den Entlassbericht auch beifügen.
4.	Hatten Sie mit demselben Beschwerdebild bereits eine Behandlung in einer anderen Abteilung für Naturheilkunde? Wenn ja, wann und wo? _____ Nein:

Die Integrative Medizin und Naturheilkunde in Bamberg ist ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 Abs. SGB V und steht entsprechend im Krankenhausplan von Bayern.

Die Abrechnung des teilstationären Aufenthaltes erfolgt aufgrund der gesetzlichen Abrechnungsbestimmungen (KHG,FPV, KHEntgG). Das gilt für die Behandlung von gesetzlichen wie auch privat versicherten Patientinnen und Patienten. Der Aufenthalt ist somit Beihilfe erstattungsfähig.

Privat Patienten (+ BG Patienten) erhalten von uns einen Kostenvoranschlag zur Einreichung bei der Privatkasse und ggf. Beihilfe. Die Aufnahme kann nur mit 100% schriftlicher Kostenzusage oder Vorkasse erfolgen.



1.	Haben Sie die Einweisungsdiagnose bereits länger als 12 Monate? Ja: seit _____ Nein:
2.	Welche weiteren Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Bitte auch Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten angeben.
3.	Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen! Liegen bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten vor? Wenn ja welche? _____ _____
4.	Welche Diagnostik bzw. Therapie ist bei Ihnen wegen der Hauptbeschwerden bereits durchgeführt worden? ☐ Operation wann _____ ☐ MRT ☐ CT ☐ Gastro/Coloskopie ☐ Krankengymnastik ☐ Ernährungsberatung ☐ Spritzen/ Infusionen
5.	Bei welchen Fachärzten sind Sie in Behandlung oder zur Diagnostik? ☐ Rheumathologe ☐ Orthopäde/ Schmerztherapeut ☐ Neurologe/ Psychiater ☐ Kardiologie ☐ Pneumologe ☐ Onkologe ☐ Weitere _____



6.	Wie groß und wie schwer sind Sie aktuell? Größe: _____ Gewicht: _____														
7.	Handelt es sich bei Ihren Beschwerden um eine(n): <table border="0"><tr><td>☐ Akute Verschlimmerung?</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Nein</td></tr><tr><td>☐ Chronische Erkrankung?</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Nein</td></tr><tr><td>☐ Stabilen Zustand der Beschwerden?</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Nein</td></tr><tr><td>☐ Akuten Schub der Erkrankung?</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Nein</td></tr></table>			☐ Akute Verschlimmerung?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Chronische Erkrankung?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Stabilen Zustand der Beschwerden?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Akuten Schub der Erkrankung?	☐ Ja	☐ Nein
☐ Akute Verschlimmerung?	☐ Ja	☐ Nein													
☐ Chronische Erkrankung?	☐ Ja	☐ Nein													
☐ Stabilen Zustand der Beschwerden?	☐ Ja	☐ Nein													
☐ Akuten Schub der Erkrankung?	☐ Ja	☐ Nein													
8.	Sind Sie körperlich beeinträchtigt? Z.B. Rollator oder Rollstuhl? ☐ Nein ☐ Ja: _____ Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ Ja: _____ ☐ Nein														
9.	Liegt bei Ihnen eine Schwerbehinderung vor? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, GdB _____ Laufendes Rentenverfahren? ☐ Ja ☐ Nein														
10.	Sind/waren Sie bereits mehr als 3 Monate arbeitsunfähig? ☐ Ja ☐ Nein Wie ist Ihre berufliche Situation? Erlerner Beruf: _____ Zuletzt ausgeüb. Beruf: _____ Berentet seit: _____														
11.	Gibt es Beschwerden in einem 2. Bereich die Sie wesentlich beeinträchtigen? ☐ Nein ☐ Ja: _____														



12. Haben Sie zusätzliche Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angsterkrankungen oder PTBS?) ☐Nein ☐Ja, welche?_____

Laufende Psychotherapie?

☐Ja ☐Nein ☐Therapie beendet

wann?_____

Waren Sie bereits in unserer Naturheilkundlichen stationären oder ambulanten Behandlung?

☐Nein

☐Ja ☐stationär, wann?_____

☐ ambulant, wann?_____

Möchten Sie informiert werden wenn unsere Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde eine neue Studie zu innovativen Therapien oder Diagnosemethoden speziell für Ihre Erkrankung startet?

☐Ja

☐Nein

Datum, Ort, Unterschrift_____

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.