

2. Welche Leistungen wirst du zur finanziellen Versorgung während der Therapie beziehen?

- ALG II Übergangsgeld Sozialhilfe Sonstige: _____
 Ich habe noch keine Versorgungsanträge gestellt.

3. Wirst du von einer Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe begleitet?

- Nein Ja, von _____
Name, Adresse, Telefonnummer

4. Wie oder durch wen wurdest du auf unsere Therapieeinrichtung aufmerksam?

5. Was erwartest du von einer Suchtklinik mit einer christlichen Ausrichtung?

Fragen zu deiner gesundheitlichen Situation:

Größe:	Nimmst du (Dauer-)Medikamente? Welche?
Gewicht:	Nimmst du Schmerzmittel? Welche und Warum?
Wohlfühlgewicht:	
Behinderungen, Einschränkungen:	Hattest du Corona? Wann?
Allergien:	Hast du zwei Coronaimpfungen erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin infiziert mit: <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Lues <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ich hatte Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Ich habe Epilepsie

1. Wurdest du in den letzte 12 Monaten auf einer Intensivstation behandelt?

- Nein Ja, wegen _____

2. Leidest du zurzeit an einer akuten körperlichen Krankheit / Verletzung?

- Nein Ja, an _____

3. Leidest du unter Krankheiten in einem der folgenden Bereiche?

- Diabetes Herz/Lunge Magen/Darm
- _____

4. Benötigst du Hilfsmittel?

- Nein Ja, folgende _____

5. Bist/ warst du in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja bei _____ in _____

Folgende Behandlung ist noch nicht abgeschlossen: Zahnarzt Facharzt

5. Fragen zu deiner psychischen Verfassung (Zutreffendes ankreuzen):

- ADHS Essstörung Bipolare Störung
 Psychose Zwangsstörung Ich nehme Schlafmittel
 Ich nehme Beruhigungsmittel



- Hast du jemals versucht, dir das Leben zu nehmen Ja Nein
 Ich bin (oder war) in psychiatrischer Behandlung Ambulant Stationär

6. Bekommst du aktuell Medikamente verordnet?

Nein Ja, folgende _____

7. Dürfen wir ggfs. ärztliche Unterlagen anfordern? Wo, bei wem?

8. Schweigepflichtentbindung:

Zur Anforderung von diesen Arzt-Berichten erkläre ich meine Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde hiermit meine(n) ärztlichen Behandler/in bzw. die Klinik _____

_____ in _____

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich war dort im Jahr _____ in Behandlung. Ich bitte um Übermittlung von Befund- oder Entlassungsberichten an die leitende Ärztin von Life Challenge Fehmarn, Frau Ilse Friedrich. Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

- Die abgeschlossene Corona-Impfung weise ich nach
 mit dem Impfzertifikat auf meinem Smartphone
 mit der Vorlage meines Impfbuches (mitbringen!)
 Ich bin noch nicht geimpft und erkläre mich hiermit zur Corona-Impfung in Fehmarn bereit.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, im Falle einer Aufnahme die Richtlinien und die aktuelle Hausordnung von Life Challenge Fehmarn anzuerkennen.

Ort, Datum

Unterschrift

