



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: _____ Gewicht: _____ Wohlfühlgewicht: _____	Ich bin infiziert mit: <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Lues <input type="checkbox"/> ausbehandelt
Allergien: _____	<input type="checkbox"/> ich hatte Corona - Wann?
	ich bin gegen Corona geimpft: <input type="checkbox"/> Nein JA: <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x
Behinderungen, Einschränkungen: _____	ich nehme Schmerzmittel? Welche und Warum?
<input type="checkbox"/> Ich hatte Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Ich habe Epilepsie	ich nehme Schlafmittel/ Beruhigungsmittel? Welche?

1. Wurdest du in den letzten 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/ Leber  Gelenke / Wirbelsäule

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  Depression  Bipolare Störung  
 Borderline  Essstörung  Psychose

Hast du jemals versucht, dir das Leben zu nehmen  Nein  Ja – wann:

Ich bin (oder war) in psychiatrischer Behandlung  Ambulant  Stationär

6. Bekommst du aktuell Medikamente verordnet?  Nein  Ja, folgende:

\_\_\_\_\_

**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

