



Nein  Kostenzusage liegt vor von \_\_\_\_\_

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: Wohlfühlgewicht:	Nimmst du Schmerzmittel? Welche und Warum?
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



Life Challenge Fehmarn  
Schulstraße 8 · 23769 Fehmarn  
Tel: 04372-1415 · Fax: 04372-677

