

№ \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

## Patientenfragebogen (Seite 1)

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ 3. Größe: \_\_\_\_\_ 4. Gewicht: \_\_\_\_\_

5. Lebensanamnese (kurze Zusammenfassung): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Hatten Sie ernste Erkrankungen im Laufe Ihres Lebens: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Wurde bei Ihnen Operationen durchgeführt: \_\_\_\_\_

8. Leiden Sie unter Allergien (welche): \_\_\_\_\_

9. Haben Sie zurzeit Abszesse und, oder andere eitrige Entzündungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Haben Sie in den letzten Monaten eine Erhöhung der Körpertemperatur festgestellt: \_\_\_\_\_

11. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Vergrößerung der Lymphknoten beobachtet und wenn ja, an welchen Stellen: \_\_\_\_\_

12. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Gewichtszunahme oder –abnahme, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

13. Kontakttelefon, E-Mail: \_\_\_\_\_

### Anamnese der Erkrankung (Krankheitsgeschichte)

14. Beginn und Dauer des Drogenkonsums: \_\_\_\_\_

15. Welche Drogen nahmen Sie und in welcher Dosierung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Welche Drogen nehmen Sie zur Zeit, in welcher Dosis, werden die Drogen zusammen mit Alkohol konsumiert: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Haben sich innerhalb der letzten 3 Monaten die Tagesdosis erhöht oder die Abstände zwischen der Einnahme der Drogen verringert und in welcher Form: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Waren Sie früher in Behandlung, wenn ja, wo, welche Methoden wurden angewandt und welche Ergebnisse erzielt (Dauer der Abstinenz-Remission): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Patientenfragebogen (Seite 2)

Besondere Wünsche (Datum des Behandlungsbeginns, die nächstgelegenen, Flughäfen, Kreditzahlung usw.): \_\_\_\_\_

---

---

---

### Auftrag

Ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

beauftragte hiermit die Firma TMS Reisen für mich die Fahrt zur Behandlung in die Klinik zu organisieren. Ich bestätige, dass ich über das Verbot der Einfuhr von Drogen oder Psychopharmaka, darunter Methadon, Polamidon und Subatex in die Ukraine informiert wurde. Zudem wurde ich über das Verbot der Einnahme von Drogen, Psychopharmaka oder Alkohol in und außerhalb der Klinik während der Rehabilitation in Kenntnis gesetzt.

Über die möglichen Folgen und Änderungen meines Gesamtorganismus und der inneren Organe (bis zum letalen Ausgang) bei der Einnahme von Drogen, Psychopharmaka oder Alkohol während der Therapie wegen der Unverträglichkeit wurde ich informiert.

Hiermit verpflichte ich mich den Empfehlungen des behandelnden Arztes während des Rehabilitationsprogramms und danach strikt einzuhalten, um für mich die bestmöglichen Ergebnisse der Behandlung zu erzielen.

Mir ist bewusst, dass für die Qualität, die Ergebnisse und die Folgen der medizinischen Dienstleistungen, sowie für das Behandlungsprogramm, die Ernährung und die Aufenthaltsbedingungen die Klinik Verantwortung trägt.

Ich wurde mit der Hausordnung der Klinik vertraut gemacht. Ich verpflichte mich, mit dem Eigentum, dem medizinischen Personal und den anderen Patienten sorgsam umzugehen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Verstoß gegen die Behandlungsbedingungen oder die Hausordnung, die Klinik berechtigt ist den Behandlungsplan nach eigenem Ermessen zu ändern.

Bei Verstoß gegen diese Regelungen und Vorschriften oder aber bei der Feststellung von Drogen oder Alkohol durch das Klinikpersonal, wurde ich über die mögliche Entlassung aus der Klinik ohne Rückerstattung der gezahlten Summe aufgeklärt.

Kommt die Reise aus Gründen, die die Organisatoren nicht verantworten, nicht zur Stande (bei unbegründeter Absage), so wird das Geld nicht erstattet und der Kunde hat kein Recht auf weitere Ansprüche.

Die von mir ausgefüllten Angaben in dem Fragebogen (Seite 1, 2) sind vollständig und richtig.

Mit dem Programm und dem Inhalt der Erklärung bin ich vertraut worden und bin damit einverstanden:

„\_\_\_\_\_“ „\_\_\_\_\_“ 200\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mit dem Programm und dem Inhalt der Erklärung sind die Verwandten vertraut worden und sind damit einverstanden:

„\_\_\_\_\_“ „\_\_\_\_\_“ 200\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vertreter der Klinik in Deutschland: \_\_\_\_\_

**Generalvertreter der Klinik für Deutschland und die Europäische Union EU**

Tel.: 0391-59 74 850; 0391-59 74 864 Funk: 0179-1235105 Fax.: 0391-59 74 865 <http://www.stopnarkotik.de>