

Nibelungenstraße 49  
94086 Bad Griesbach  
Telefon 08532/7961 -112  
Telefax 08532/920015  
www.fachklinik-sankt-lukas.de  
info@fachklinik-sankt-lukas.de

## ***Aufnahme – Vertrag***

28 Tage Alkoholentzug

### **zwischen**

Name, Vornamen \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

und der **Klinik Sankt Lukas, Nibelungenstraße 49, 94086 Bad Griesbach.**

Aufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Anzahlung vor Therapiebeginn**

**4.983,-- Euro**

Restzahlung erfolgt 8 Tage nach Therapiebeginn

4.980,-- Euro

**= Gesamtkosten**

**9.963,-- Euro**

#### **Hinweis:**

Durch meine Unterschrift bestätige ich und willige somit ein, dass ich über sämtliche Kosten und Zahlungsbedingungen sowie Stornogebühren aufgeklärt worden bin.

**Sonn- und Feiertage sind Therapiefrei.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Zahlungsbedingungen**

Als Anzahlung für den 28 –tägigen stationären- Aufenthalt überweise ich Euro 4.983,-- auf das Konto der Klinik Sankt Lukas:  
**Volksbank Vilshofen, BLZ 740 924 00, KTNR 418 900**  
**IBAN: DE46 7409 2400 0000 4189 00 SWIFT-BIC: GENODEF1VIV**

Dieser Betrag muss 14 Tage vor Therapiebeginn auf dem oben aufgeführten Konto eingegangen sein. Sollte dass nicht der Fall sein, kann eine Aufnahme in unserer Klinik nicht erfolgen.

Nach Therapiebeginn erhalten Sie eine gesonderte Rechnung über die Restzahlung von 4.980,-- Euro, die innerhalb 8 Tage beglichen werden muss.

### **Storno-Gebühren**

Für den 28- tägigen Aufenthalt mit dem Gesamtpreis von Euro 9963,-- gelten folgende Stornogebühren:

- Bis 14 Tage vor Behandlungsbeginn wird eine Anzahlung von Euro 4.983,-- fällig.
- Bei Stornierungen oder nicht Antreten kann die Vorauszahlung in Höhe von Euro 4.983,-- nicht zurückerstattet werden und wird als Storno-Gebühr fällig.
- Bei Abbruch während des stationären Aufenthaltes werden keine Kosten zurückerstattet.

Sonn- und Feiertage: sind Erholungstage

*Hat der Patient bei Anreise einen Atemalkoholpegel von mehr als 1,5Promille erfolgt eine Verlegung ins nächstliegende Krankenhaus zur Überwachung.*

Für die Sicherstellung des Erfolges in der „Gruppe“ wird dem Teilnehmer bei schweren Verstößen gegen die Haus-, bzw. Gruppenordnung ein Verweis ausgesprochen.

Sollte der Teilnehmer nach dem Verweis wiederholt gegen die Haus- oder Gruppenordnung verstoßen, ist die Klinik aus Gründen der Sicherstellung des Gruppenerfolges berechtigt, den Teilnehmer von der Therapie auszuschließen.

Dies geschieht auch, wenn dem Teilnehmer von einem Arzt bescheinigt wird, dass dieser aufgrund seiner psychischen Einstellung nicht Therapie fähig ist.

In beiden Fällen ist eine Rückzahlung der bereits geleisteten Beträge nicht möglich.

Kostenübernahme für den 28-tägigen Aufenthalt ist im Wege der Einzelfallentscheidung nur auf Kulanzbasis der Krankenkassen möglich. Weitere Auskünfte hierzu nennt Ihnen Ihre Krankenkasse gerne.

Gerichtsstand ist Rotthalmünster.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Zahlungsbedingungen und Stornogebühren zur Kenntnis genommen haben und willige somit ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Klinik Sankt Lukas  
Nibelungenstraße 49  
94086 Bad Griesbach  
Telefon 08532/7961-112  
www.fachklinik-sankt-lukas.de  
info@fachklinik-sankt-lukas.de*

# Fragebogen

Der nachfolgende Fragebogen soll dazu dienen, dem behandelnden Arzt bzw. dem therapeutischen Team der Klinik einen Einblick in Ihre Beschwerden und Ihre Erwartungen an die Therapien in unserer Klinik geben.

## **1. Angaben zu Ihrer Person:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tag/Monat/Jahr

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## **2. Anamnese**

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Erstkontakt mit Alkohol im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Regelmäßiges Trinken seit dem Jahr \_\_\_\_\_

Konsumierte Menge-täglich \_\_\_\_\_

Hauptsächliches Alkoholgetränk \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche Mittel nehmen Sie ein, in welcher Menge und Häufigkeit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Beschwerdebild

bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit     | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                     |
| <input type="checkbox"/> Angst               | <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme             |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden     | <input type="checkbox"/> Einnahme von Beruhigungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit           | <input type="checkbox"/> Übergewicht                    |
| <input type="checkbox"/> Zwangssymptome      | <input type="checkbox"/> Untergewicht                   |
| <input type="checkbox"/> Alpträume           | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme             |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit            | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche               |
| <input type="checkbox"/> Zittern             | <input type="checkbox"/> Scham                          |
| <input type="checkbox"/> Depressionen        | <input type="checkbox"/> Starke innere Unruhe           |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit    | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten  |
| <input type="checkbox"/> Unfähig zu arbeiten | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle               |

Wurden Sie wegen dieser genannten Beschwerden bereits ambulant und/oder stationär behandelt?

---

---

---

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten auch wegen anderen Beschwerden oder Leiden stationär oder ambulant behandelt?

---

---

Bestehen bei ihnen andere Schwierigkeiten wie z.B. Familiäre Probleme, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und Folgen durch Polizei oder Gericht....?

---

---

---

Haben Sie Therapieerfahrungen, wenn ja, welche? Wie lange und wie oft?

---

---

---

Wodurch sind sie auf die Klinik St. Lukas aufmerksam geworden?

---

Was ist Ihr persönliches Therapieziel für den Aufenthalt in unserer Klinik?

---

---

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen, aus denen wir bereits mögliche Schwerpunkte für die Therapie vorhersehen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.

Bitte nehmen Sie Ihre Krankenversichertenkarte mit, falls eine Notfallbehandlung in einem Krankenhaus notwendig wäre.

Hinweise zum Datenschutz in der Privaten Fachklinik Sankt Lukas finden Sie ebenfalls auf unserer Internetseite.

Bitte senden Sie diesen Fragebogen und ggf. vorhandene Arzt- und Befundberichte eine Woche vor Anreise an uns zurück.

Das ganze Team der Privaten Fachklinik St. Lukas wird Sie unterstützen.



**Nibelungenstraße 49  
94086 Bad Griesbach**

**Telefon (08532) 7961-112  
E-Mail: [info@fachklinik-sankt-lukas.de](mailto:info@fachklinik-sankt-lukas.de)**