

Anmeldefragebogen Psychosomatik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft uns, Sie und Ihr Beschwerdebild bereits vorab besser kennenzulernen und so Ihre Behandlung in unserer Klinik besser planen zu können. Die Informationen, die wir erhalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Ihre Mitarbeit ist, wie auch bei der Psychotherapie, unverzichtbar. Bitte nehmen Sie sich entsprechend Zeit und füllen unser Anmeldeformular vollständig aus. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Telefonnummer privat: _____	alternativ: _____
Handy-Nr.: _____	Email: _____
Adresse: _____	
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich (Name/Versicherungsnummer): _____ <input type="checkbox"/> privat (Name/Versicherungsnummer): _____ <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung/Beihilfe _____	
Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? <input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie des Betreuerausweis/ Aufgabenbereiche beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	
Ich war bereits bei Ihnen im Jahr _____ tagesklinisch <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>	
Bitte geben Sie uns jeweils die vollständige Adresse und die Telefonnummer Ihrer behandelnden Ärzte /Therapeuten an – diese Angaben benötigen wir auch für den Versand des Abschlussberichts - Vielen Dank: Hausarzt: _____ – Psychiater / Neurologe: _____ – Psychotherapeut: _____	
Waren bzw. sind Sie derzeit wegen psychischer Beschwerden bereits in stationärer Behandlung (bitte ggf. Klinik und Zeitpunkt angeben)?	
Waren bzw. sind Sie bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (bitte ggf. Verfahren, Zeitdauer/Umfang angeben)?	
Wurden im bisherigen Verlauf psychische Vordiagnosen gestellt? Bitte ggf. angeben:	
Haben Sie bereits einmal einen Suizidversuch unternommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (wann, Methode?) Spielt die Bearbeitung eines Traumas eine Rolle bei der Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →. nähere Angaben	
In welcher Wohnform leben Sie (Privatwohnung, TWG, betreutes Wohnen etc.)?	
Leben Sie in einer Beziehung? Haben Sie Familie? Freunde? Kinder?	
Erlerner Beruf:	
Wie ist Ihre Arbeitssituation (z.B. feste Anstellung, selbständig etc.)? Beziehen Sie eine Rente oder läuft ein Rentenverfahren? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte nähere Angaben)	
Geben Sie bitte den Anlass für Ihre Anmeldung an:	

Anmeldefragebogen Psychosomatik

Welche Beschwerden stehen bei der Behandlung in unserer Klinik im Vordergrund?

Bestehen derzeit aktuell drängende Probleme (z.B. Schulden, Beziehung, drohende Scheidung o.ä.)?

Wie wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihr Leben aus (0=gar nicht; 10=extrem stark)?

- Arbeit, Beruf, Schule 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Partnerschaft, Familie, Sexualität 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Freizeitaktivitäten, Freunde 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Welche(s) Ziel(e) streben Sie durch die Behandlung an?

Problematisches Konsumverhalten

Machen Sie sich Sorgen um Ihren Alkoholkonsum? Nein Ja
Machen Sie bitte in jedem Fall eine ungefähre Angabe über die Anzahl alkoholischer Getränke pro Woche über die letzten 4 Wochen:

Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Benzodiazepine (z.B. Valium, Tavor) ein?
(wenn ja, bitte Substanz und tägliche Einnahme angeben) Nein Ja

Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen, bzw. illegale Substanzen (z.B. Cannabis, Kokain, Heroin) ein?
(wenn ja, bitte Substanz und tägliche Einnahme angeben) Nein Ja

Leiden Sie unter einer Ess-Störung? Nein Ja (bitte nähere Angaben)

Anderes problematisches Konsumverhalten, z.B.:

- Einkaufen
- Medienkonsum
- Glückspiel
- Anderes: _____

Aktuelles Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Leiden Sie unter körperlichen Erkrankungen? Nein Ja (bitte nähere Angaben)

Haben Sie Allergien? Nein Ja (bitte nähere Angaben)

Besteht eine Geh- oder andere körperliche Behinderung? Nein Ja (bitte nähere Angaben)

Benötigen Sie Hilfsmittel oder sind im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen?
 Nein Ja (bitte nähere Angaben)

Haben Sie eine Hörminderung?
(Teilnahme an den Gruppentherapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen) Nein Ja (bitte nähere Angaben)

Können Sie Treppen steigen? (erforderlich in Haus 7) Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja

Benötigen Sie eine CPAP-Maske? Nein Ja

Liegt bei Ihnen eine Hepatitis C vor? Nein Ja

Anmeldefragebogen Psychosomatik

Für den Fall, dass Sie derzeit Medikamente einnehmen, geben Sie diese und die jeweiligen Tagesdosis bitte an:

Terminwunsch für die Aufnahme (ab dem/sofort): _____

Ich benötige _____ Tage Vorlaufzeit.

Die Aufnahme ist innerhalb 24 Stunden kurzfristig möglich (hierdurch ggf. kürzere Wartezeit) Ja

Welche Behandlungsform wünschen Sie:

- stationär
- teilstationär (Tagesklinik)

Welcher Behandlungsschwerpunkt steht aus Ihrer Sicht im Vordergrund?

- ADHS
- Angst
- Borderline
- Burnout
- Depression
- Lebenskrise
- Persönlichkeitsstörung
- Traumafolgestörung
- Schmerz und somatische Belastungsstörung

Haben Sie eine Präferenz für einen besonderen Therapieansatz?

- Nein
- ACT = Akzeptanz- und Commitment-Therapie
- CBASP = CBASP = Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
- DBT = Dialektisch Behaviorale Therapie
- EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- KVT = Kognitive Verhaltenstherapie
- Schematherapie
- Behandlungsprogramm speziell für Junge Erwachsene
- Geschlechts-Inkongruenz (seelische Probleme im Rahmen von Transidentität, Transgender, Transsexualität, usw.)

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte an:

Sekretariat für Psychosomatik
Klinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie
Ringstraße 6
85540 Haar

Tel. 089-4562-2424
Fax: 089-4562-3194