

Patientenaufnahmebogen für die Psychotherapiesprechstunde

Herzlich willkommen in der psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz des Schön Klinik Instituts für Psychotherapie (SKIP).

Um besser einschätzen zu können, ob Ihre aktuelle Symptomatik bei uns angemessen behandelt werden kann, füllen Sie bitte diesen Anmeldebogen aus und senden Sie ihn datenschutzkonform per Post an *Schön Klinik Institut für Psychotherapie, Bahnhofstraße 23 in 83022 Rosenheim* oder anderenfalls per E-Mail an SKIP-Ambulanz@schoen-klinik.de.

Wir klären mit diesem Fragebogen Ihren Therapiebedarf und die Übereinstimmung mit unserem Therapieangebot. Nur im Fall einer Übereinstimmung laden wir Sie telefonisch zu einer Sprechstunde ein.

Bitte beachten Sie dabei: Der Termin zur Sprechstunde ist noch keine Zusage für einen Therapieplatz. Eine Zusage für einen Therapieplatz kann immer erst **nach** der gesetzlich verpflichtenden Sprechstunde erfolgen. Zudem kann es nach einer Therapiezusage gegebenenfalls zu einer Wartezeit von mehreren Wochen kommen, bis die Therapie startet. Wir behandeln ausschließlich gesetzlich versicherte Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Privat versicherten Patienten und Patientinnen können wir aufgrund unserer Ausbildungsambulanz kein Therapieangebot machen.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nähere Informationen können Sie unseren Datenschutzbestimmungen entnehmen ([Datenschutzerklärung der Schön Klinik SE](#)).

Bitte beachten Sie zudem, dass wir keine Notfallambulanz sind und die Bearbeitungszeit für Ihre Anfrage aufgrund der hohen Nachfrage mehrere Wochen dauern kann.

Bei **akuter Selbstgefährdung** oder **krisehaften Zuständen** wenden Sie sich bitte an regionale Krisenzentren oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117.

Bitte in Druckbuchstaben und schwarzen Stift ausfüllen!

Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum			
Adresse			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Kontakt			
Festnetz (privat)			
Mobilfunknummer			
E-Mail Adresse			
weitere Angaben			
Name der <u>gesetzlichen</u> Krankenkasse	Versichertennummer		
Körpergröße	Gewicht		
Familienstand			

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und in welchem Alter?	
Erlerner Beruf	
Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? Wenn ja, bitte derzeitige Beschäftigung angeben.	
Medikamente	
Allergien	
Überweisung / Empfehlung (Arzt, Beratungsstelle, Bekannte, etc. → Adresse und ggf. Telefon)	

Unter welchen Schwierigkeiten/Problemen leiden Sie derzeit?

Welche Ziele/Erwartungen haben Sie an eine Therapie für Ihre Beschwerden?

Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer psychischen Verfassung beim Arzt?

_____ Mal

An wie vielen Tagen sind Sie aufgrund Ihrer psychischen Verfassung nicht zur Arbeit gegangen?

_____ Mal

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Was trinken Sie und wie viel durchschnittlich? _____

Haben Sie Schwierigkeiten Ihren Alkoholkonsum einzuschränken? _____

Nehmen Sie regelmäßig Drogen? Nein Ja

Was konsumieren Sie und wie viel durchschnittlich? _____

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

Nein Ja Wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen:

	Einrichtung/Therapierichtung	Welche Therapieform?	Seit wann bis wann?
Ambulante Psychotherapie		<input type="checkbox"/> VT* <input type="checkbox"/> TP* <input type="checkbox"/> PA* <input type="checkbox"/> ST* <input type="checkbox"/> TV* ist mir nicht bekannt	
Teilstationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Psychosomatik <input type="checkbox"/> Reha	
Vollstationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Psychosomatik <input type="checkbox"/> Reha	

*VT=Verhaltenstherapie; TP=Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; PA:=Psychoanalytische Psychotherapie; ST=Systemische Psychotherapie; TV=Therapieverfahren

Waren Sie in der Vergangenheit in ambulanter und/oder (teil-)stationärer Psychotherapie?

Nein Ja Wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen:

	Einrichtung/Therapierichtung	Welche Therapieform?	Von wann bis wann?
Ambulante Psychotherapie		<input type="checkbox"/> VT* <input type="checkbox"/> TP* <input type="checkbox"/> PA* <input type="checkbox"/> ST* <input type="checkbox"/> TV* ist mir nicht bekannt	
Teilstationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Psychosomatik <input type="checkbox"/> Reha	
Vollstationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Psychosomatik <input type="checkbox"/> Reha	

*VT=Verhaltenstherapie; TP=Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; PA:=Psychoanalytische Psychotherapie; ST=Systemische Psychotherapie; TV=Therapieverfahren

Haben oder hatten Sie Suizidgedanken? Nein Ja, wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie die Gedanken kurz: _____

Haben Sie jemals einen Suizidversuch begangen? Nein Ja, wann? _____

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten? Nein Ja, wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz: _____

Wie regelmäßig kommt es vor? _____

Zu welchen Zeiten ist es Ihnen möglich, für die Dauer einer Therapie (ca. 6 - 12 Monate) jede Woche einen festen Termin wahrzunehmen? (In der Regel können Sie die Vermittlung beschleunigen, indem Sie maximal flexible Zeiten angeben.)

- Montag, von _____ bis _____
- Dienstag, von _____ bis _____
- Mittwoch, von _____ bis _____
- Donnerstag, von _____ bis _____
- Freitag, von _____ bis _____

Falls es zu einer Vermittlung innerhalb unserer SKIP Ausbildungsambulanz kommt, werden die therapeutischen Sitzungen regelmäßig auf Video aufgenommen. Das Verfahren unterliegt strengen Datenschutzgesetzen und dient ausschließlich den Therapeutinnen zu Ausbildungszwecken. Sie werden über die Verwendung umfassend informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/innen der SKIP-Ambulanz und mein/e Therapeut/in außerhalb der Termine mit mir über folgende Kommunikationswege kommunizieren bzw. Kontakt aufnehmen (bitte mindestens 1 auswählen):

- Festnetztelefon
- Mobilfunktelefon
- SMS (Standardprogramme, keine Verschlüsselung, nicht end-to-end-verschlüsselt)
- E-Mail (Standardprogramme, keine Verschlüsselung, nicht end-to-end-verschlüsselt)
- Nachricht auf Anrufbeantworter (Festnetz)
- Nachricht auf Anrufbeantworter (mobil)

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die o.g. Kommunikationswege, insbesondere E-Mail, nicht sicher von Zugriff unbefugter Dritter sind.

Ich bin mir bewusst, dass etwaig erteilter datenschutzrechtliche Einwilligungen jederzeit von mir mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in