

Persönlicher Bericht für die Anmeldung

Hinweis: Dieser Bericht wird vertraulich behandelt und wird nur intern dem zuständigen Arzt oder Psychotherapeuten der Schön Klinik zur Verfügung gestellt. Bitte denken Sie daran, auch den Anmeldebogen auszufüllen und mit einzusenden.

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung in unserer Klinik bereits vor der Aufnahme möglichst gut vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Daher bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name: _____ Vorname: _____
Tel.-Nr.: _____ Fax: _____ e-Mail: _____
Geburtsdatum: _____ männlich weiblich
PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____
Gewicht: kg Größe: cm

1. Beschreiben Sie bitte, aufgrund welcher körperlicher und/oder seelischer Beschwerden Sie sich in einer psychosomatischen Klinik behandeln lassen möchten.

2. Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt (Beginn, zeitlicher Verlauf)?

3. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen ?

Ja Wenn ja: wann fand der letzte Versuch statt ? _____
 Nein

4. Benennen Sie bitte die wichtigsten Stationen in Ihrem privaten und beruflichen Leben.

Jahr	Ereignis

5. Welchen Einfluss hat die Erkrankung auf Ihr Leben (privat und beruflich)?

6. Was hat Ihnen bisher geholfen?

7. Welche Ziele möchten Sie durch die stationäre Behandlung erreichen? Was soll sich ändern?

8. Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

Jahr	Einrichtung	Aufnahmegrund	Dauer Wochen

Wir bitten (falls nicht schon vorliegend) um einen Abschlussbericht der aktuellen psychiatrischen und psychosomatischen Aufenthalte.

9. Sind Sie bereits in ambulanter Psychotherapie?

Ja (Bitte Namen und Anschrift des Therapeuten angeben. Wir bitten - falls vorhanden - um einen kurzen Befundbericht Ihres Therapeuten.)

Name des Therapeuten

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort/Land

Therapierichtung: Verhaltenstherapie Tiefenpsychologie Andere

Anzahl der Stunden: _____

Nein Bitte um Begründung: _____

10. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikament	Dosierung	Seit wann

11. Wer waren und sind in Ihrem Leben die Menschen, die für Sie am wichtigsten sind?

12. Machen Sie sich Sorgen um Ihren Alkoholkonsum ? Ja Nein

13. Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen ? Ja Nein

14. Haben Sie eine Geh- oder andere körperliche Behinderung? Benötigen Sie medizinische oder sonstige Hilfsmittel (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)? Ist Ihre Selbstständigkeit eingeschränkt oder sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen?

Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben: _____

15. Haben Sie eine Hörbehinderung?

Ja und zwar _____

Nein

Hinweis: Die Teilnahme an den Gruppentherapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen.

16. Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Behandlung berücksichtigt werden? Bitte kreuzen Sie je nach Wichtigkeit die einzelnen Punkte an.

	un- wichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig	vor- dringlich
Essstörungen/Über-/Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken/-handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft/Ehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundschaften/Bekanntkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Stress/ Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum:

Unterschrift: