

Persönlicher Bericht für die Anmeldung

Hinweis: Dieser Bericht wird vertraulich behandelt und wird nur intern den zuständigen Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie den administrativ Mitarbeitenden der Schön Klinik, die Ihre Anmeldung bearbeiten, zur Verfügung gestellt. Denken Sie daran, auch den ausgefüllten Anmeldebogen sowie eine Kopie der Einweisung mit einzusenden. Genaue Informationen, welche Unterlagen benötigt werden finden Sie auf unserer Internetseite: www.schoen-klinik.de/beratung

- Alternativ können Sie die Online-Anmeldung direkt unter www.schoen-klinik.de/beratung ausfüllen. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass es zu einer längeren Bearbeitungszeit kommen kann, sollten Sie nicht den Weg der Online-Anmeldung nutzen.

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!

- Dieser Bericht wurde von mir selbst ausgefüllt.
- Dieser Bericht wurde von mir mit Hilfe einer Vertrauensperson ausgefüllt.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich weiblich divers

Gewicht: kg Größe: cm

Beruf: _____ Arbeitsunfähig seit (falls zutreffend): _____

- 1. Beschreiben Sie bitte, aufgrund welcher körperlicher und/oder seelischer Beschwerden Sie sich in einer psychosomatischen Klinik behandeln lassen möchten. Bitte nennen Sie Ihre wichtigsten Beschwerden zuerst.**

2. Warum suchen Sie genau jetzt Hilfe?

- Zunehmende Verschlechterung trotz ambulanter Behandlung
- Akute krisenhafte Entwicklung, die ambulant nicht abgefangen werden kann
- Ambulante oder teilstationäre Behandlung führen nicht zu einer Symptomverbesserung
- Der spezialisierte Ansatz (besonderes Konzept, Gruppentherapie) im Krankenhaus ist zwingend nötig, um eine Besserung zu erzielen

3. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen ?

- Ja Wenn ja: wann (Monat/Jahr) fand der letzte Versuch statt ? _____
- Nein

4. Benennen Sie bitte die wichtigsten positiven und belastendsten Ereignisse in Ihrem Leben, die die Krankheitsentwicklung beeinflusst haben.

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 (nach Möglichkeit) um einen Abschlussbericht des letzten psychiatrischen und psychosomatischen Aufenthaltes.

9. Sind Sie bereits in ambulanter Psychotherapie?

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

Name der Therapeutin / des Therapeut Straße, Hausnr.

PLZ Ort/Land

Therapierichtung: Verhaltenstherapie Tiefenpsychologie Andere

Anzahl der Stunden: _____ Beginn der Therapie: _____

Nein Bitte um Begründung: _____

10. Ich befinde mich in der Behandlung bei MindDoc (online Psychotherapie) Ja Nein

11. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikament	Dosierung	Seit wann

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

13. Machen Sie sich Sorgen um Ihren Alkoholkonsum?

Ja Häufigkeit: _____ Menge: _____ Was wird konsumiert : _____ Nein

14. Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen?

Ja Häufigkeit: _____ Menge: _____ Substanz: _____ Nein

15. 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: _____

16. Haben Sie eine Hörbehinderung?

Ja und zwar _____

Nein

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

17. 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"/>				
Körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
Tinnitus	<input type="checkbox"/>				
Niedergedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>				
Ängste und Panikattacken	<input type="checkbox"/>				
Sozialer Rückzug / Gehemmtheit bei Sozialkontakten	<input type="checkbox"/>				
Zwangsgedanken/-handlungen	<input type="checkbox"/>				
ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit- Hyperaktivitäts-Störung)	<input type="checkbox"/>				
Trauma / Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>				
Umgang mit Anspannung/ Selbstverletzungsdruck	<input type="checkbox"/>				
Berufliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges: _____