

Persönlicher Bericht für die Anmeldung: Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,

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 zur Verfügung gestellt.

Denken Sie daran, auch den ausgefüllten Anmeldebogen sowie eine Kopie der Einweisung mit einzusenden. Informationen zu benötigten Unterlagen: www.schoen-klinik.de/beratung

Um Ihre Behandlung bestmöglich vorbereiten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Dieser Bericht wurde von mir selbst ausgefüllt.

Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Geschlecht: männlich weiblich divers

Gewicht (kg)	
Größe (cm)	
BMI	
Aktuelle Tätigkeit (Beruf/Schule/Ausbildung)	
Arbeitsunfähig ja/nein - wenn ja, dann seit wann?	
Infos zum Rentenverfahren / Rehaverfahren	

Vorausgegangene ambulante Psychotherapie

Ja Nein

Therapeutin / Therapeut	
-------------------------	--

Adresse wird bei Einverständniserklärung abgefragt, daher hier nicht notwendig

Beginn der Therapie	
---------------------	--

Frühere stationäre Behandlungen:

Ja Nein

Wenn ja, dann:

Jahr	Einrichtung	Aufnahmegrund	Dauer (Wochen)

Wir bitten (nach Möglichkeit) um einen Abschlussbericht des letzten Aufenthaltes.

Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, dann:

Häufigkeit:

- täglich
 wöchentlich
 gelegentlich

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, dann:

Häufigkeit:

- täglich
 wöchentlich
 gelegentlich

Substanz:

Haben Sie körperliche Einschränkungen / Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Katheter, CPAP-Maske)?

Benötigen Sie pflegerische Unterstützung im Alltag? Wenn Ja, dann:

In welcher Form:

Haben Sie eine Hörbehinderung?

Ja (wenn ja, welche Hörbehinderung?) Nein

Hinweis: Für Gruppentherapien ist ein ausreichendes Hörvermögen erforderlich

Angaben zur Erkrankung:

Geben Sie bitte die relevanten Problembereiche an (Mehrfachauswahl möglich):

Thema	unwichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Beschwerden /Schmerzen	<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"/>
Dissoziationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergedrückte Stimmung / Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste / Panikattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialer Rückzug / Schulverweigerung	<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"/>
ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Anspannung	<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"/>
Akute Belastungssituation,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Medikation

Medikament	Dosierung	Seit wann

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

Ja, wenn ja, dann bitte alle Versuche angeben Nein

(Monat/Jahr)	Grund

Welche Ziele sind für Sie besonders wichtig?

--

