
HARDTWALDKLINIK II
WICKER GMBH & CO. KG • HARDTSTRASSE 32 • 34596 BAD ZWESTEN
ÄRZTLICHER DIREKTOR: DR. MED. M. SCHÄFER
ÄRZTLICHE LEITUNG DER KRANKENHAUSABTEILUNG: DR. MED. A. BAUMANN

Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Fragebogen zur Aufnahme in der Krankenhausabteilung

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie diesen Fragebogen vollständig und sorgfältig.
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind Außenstehenden nicht zugänglich!

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre

Adresse: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung

Private Zusatzversicherung für stationäre Behandlung bei _____

Ich kann auch kurzfristig (innerhalb von 7 Tagen) anreisen.

Ich kann / möchte in der Einzeltherapie auf keinen Fall mit

einem männlichen Therapeuten arbeiten.

einer weiblichen Therapeutin arbeiten.

Ob Therapeutin oder Therapeut ist für mich nicht wichtig.

**Unter welchen Beschwerden (seelisch und/ oder körperlich) oder Lebensumständen leiden Sie derzeit am meisten?
Wann sind diese Beschwerden aufgetreten?**

1. _____

2. _____

3. _____

Welche Veränderungen wollen Sie mit Hilfe der stationären Behandlung herbeiführen?

Durch meine Beschwerden fühle ich mich eingeschränkt im alltäglichen Leben

- mit meiner Familie in meiner Partnerschaft
 im Kontakt mit Freunden / Bekannten bei der aktiven Freizeitgestaltung
 Anderes: _____

Worin sind Sie im Alltag und in Ihrer Lebensgestaltung am meisten beeinträchtigt? (Bitte möglichst konkrete Angaben)

Gibt / Gab es in Ihrem Leben eine in schwerwiegender Weise verletzende/traumatisierende Erfahrung (z.B. Gewalt, sex. Übergriff, verletzende Beziehungserfahrung)? (Bitte kurz benennen)

Wie erleben Sie Ihre sozialen Kontakte/ Beziehungen zu anderen Menschen?

als Kraftquelle sind mir nicht wichtig

belastend, weil _____

Sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

nein

ja – bitte lassen Sie unbedingt den Fragebogen für Psychotherapeuten vom Ihrem Behandler ausfüllen

Frühere Ambulante Psychotherapien?

Wenn ja, wann und aus welchem Grund/ Anlass?

Sind Sie in den letzten 3 Jahren im Krankenhaus (unabhängig vom Fachgebiet) behandelt worden?

nein

ja

Wann, warum? **(Bitte Kopien aller Entlassberichte beifügen!)**

Unter welchen der folgenden Symptome haben Sie in den letzten 3 Monaten gelitten?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> verstärkte Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Gefühle der Sinnlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> bedrückte Stimmung | <input type="checkbox"/> Einsamkeitsgefühle | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Grübeln | <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsbeschwerden | | |
| <input type="checkbox"/> Gedanken, mir das Leben zu nehmen | | |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | | |

- Gefühl ständiger Angst
- Panikattacken
- spezielle Ängste in bestimmten Situationen

Welche?

- Ich vermeide bestimmte Situationen aufgrund der Ängste

Welche?

- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Beklemmungen |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Herzrasen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

- Selbstverletzungen (Bitte kurz benennen)

- Suizidversuche (wann?) _____

- hohe Schreckhaftigkeit
- ständige hohe Anspannung
- Resignation/ Gleichgültigkeit
- Überflutung von Erinnerungen („flashbacks“)
- Zeitlücken, in denen ich nicht weiß, was ich getan habe
- Ich benötige im Alltag viel Zeit für ritualisierte Handlungen (z.B. häufiges Händewaschen, wiederholtes kontrollieren).
- Ich habe wiederkehrende Gedanken, von denen ich mich nicht lösen kann.
- Essstörungen:
 - Heißhunger/ Essattacken absichtliches Erbrechen
 - andere _____

Appetit in den letzten 3 Monaten:

- unverändert vermindert vermehrt
 Heißhunger mit Essanfällen
 Brechanfälle
 Ich nehme regelmäßig Abführmittel ein

Körpergröße: _____ cm

Gewicht (aktuell): _____ kg

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten verändert, wenn ja wie?

Schlaf:

- ausreichend und meist erholsam
 oft gestört
 vorwiegend Einschlafprobleme
 vorwiegend Durchschlafprobleme
 Besserung durch Medikamente?

Welche? _____

Substanzkonsum:

Ich bin Nichtraucher. Ich rauche pro Tag ca. _____ Zigaretten.

Ich trinke Alkohol:

- nie
 gelegentlich mehrfach pro Woche täglich

Was und wie viel Alkohol trinken Sie?

Nehmen Sie Beruhigungs-, Rausch- oder Aufputschmittel (z.B. Cannabis, Amphetamine....)?

- nein
 ja, (bitte angeben was und wie oft) _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Bitte fügen Sie dem Fragebogen einen vollständigen Medikamentenplan aller verordneten Medikamente bei (diesen erhalten Sie von Ihrem behandelnden Arzt).

Bitte geben Sie in der Liste an, welche weiteren – nicht vom Arzt verordneten Medikamente (auch pflanzliche Präparate) sie einnehmen.

	Medikament	Dosierung	seit	dauerhaft (x)	gelegentlich(x)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Leiden Sie unter Allergien?

nein

ja, _____

Haben Sie einen Pflegegrad?

nein

ja, Grad _____, seit _____, falls möglich bitte Pflegegutachten beilegen

Benötigen / nutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollator, Sauerstoff, cPAP....)

nein

ja, _____

Aktuelle Lebensumstände

Ich lebe **allein**

Ich lebe **in gemeinsamer Wohnung** mit _____

Ich lebe **in einer festen Beziehung** nein ja, seit _____

bin **verheiratet** nein ja, seit _____ in 1. 2. 3. Ehe,

bin **getrennt** bzw. **geschieden** seit _____,

Anzahl der Kinder _____, davon im gemeinsamen Haushalt lebend _____.

Wie alt? _____

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

ja

nein, weil _____

Haben Sie besondere soziale Belastungen (z.B. Pflege von Angehörigen)?

nein

ja, _____

Haben Sie besondere finanzielle Belastungen?

nein

ja, _____

Höchster Schulabschluss: _____

Berufsausbildung als: _____

Bitte beschreiben Sie in Kurzform Ihren beruflichen Werdegang:

Zurzeit bin ich: berufstätig als _____

mit _____ Wochenstunden

arbeitsunfähig seit _____ arbeitslos seit _____

Hausfrau/-mann

SchülerIn

StudentIn

