

**Krankenhausabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

**Aufnahme-Fragebogen**

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

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

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Psychotherapeut: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Adresse der Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

Ihre Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Private Krankenversicherung: ja  nein  / Rentenversicherung: DRV Bund ja  nein   
Private Zusatzversicherung: ja  nein ; wenn ja, welche Form:

**Bitte beschreiben Sie die wichtigsten Krankheitssymptome seelischer Art.**

1. Wann sind die aktuellen Beschwerden erstmals aufgetreten, z. B. vor ? Wochen,  
? Monaten

---

---

---

2. Was ist das aktuell wichtigste Problem, an dem Sie arbeiten wollen?

---

---

---

**Depressionen**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <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"/> Konzentrationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gedanken, mir das Leben zu nehmen |   |  |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____                    |   |  |

**Ängste**

- ständige Angst als Grundgefühl
- Panikattacken
- spezielle Ängste in bestimmten Situationen; Welche? \_\_\_\_\_

**Körperliche Symptome im Zusammenhang mit Ängsten:**

- |   |                                    |                                    |                                       |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <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: _____ |                                    |                                    |                                       |

**Zwänge**

- Zwangshandlungen; Welche? \_\_\_\_\_
- Zwangsgedanken; Welche? \_\_\_\_\_

**Weitere Beschwerden**

- Alpträume
- Lärmempfindlichkeit
- Überflutung von Erinnerungen („flashbacks“)
- Zeitlücken, in denen ich nicht weiß, was ich getan habe
- Selbstverletzungen
- Gleichgültigkeit
- Schreckhaftigkeit
- hohe Anspannung

**Verhaltensauffälligkeiten**

Essstörungen; Welche? \_\_\_\_\_

3. Welche Symptome gibt es außerdem, die ständig oder gelegentlich vorhanden sind?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durch meine Beschwerden fühle ich mich **eingeschränkt im alltäglichen Leben**

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Wobei sind Sie im Alltag und in Ihrer sonstigen Lebensgestaltung beeinträchtigt?  
(Bitte möglichst konkrete Angaben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

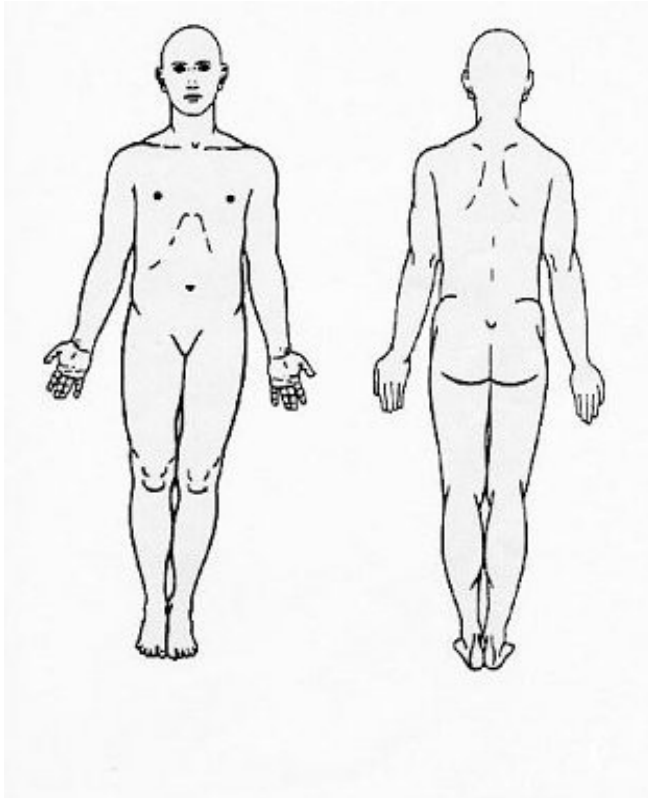
\_\_\_\_\_

Schmerzen (Bitte beschreiben): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien:  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

**Aktuelle körperliche Beschwerden:** (Bitte einzeichnen und ggf. erläutern)



---

---

---

---

---

---

Ich bin Teilnehmer am **Disease-Management-Programm (DMP)** für folgende chronische Erkrankung:

- Diabetes mellitus
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit

- Asthma bronchiale
- Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
- Andere: \_\_\_\_\_

**Appetit:**  normal  vermindert  vermehrt  
 Heißhunger  Heißhunger mit Essanfällen  
 Brechanfällen  
 Ich nehme regelmäßig Abführmittel ein

**Gewicht:**  konstant \_\_\_\_\_ kg  schwankend

Ich hatte eine  Gewichtsabnahme von \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Ich hatte eine  Gewichtszunahme von \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

**Schlaf:**  ausreichend und meist erholsam  
 oft gestört  
 vorwiegend Einschlafprobleme  
 vorwiegend Durchschlafprobleme  
 vorwiegend Durchschlafprobleme  
 Besserung unter Medikamenten?

Welche? \_\_\_\_\_

Ich bin Rechtshänder.  Ich bin Linkshänder.

Ich bin Nichtraucher.  Ich rauche pro Tag ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten.

Ich trinke Alkohol  nie  gelegentlich  regelmäßig

Bitte beschreiben Sie Ihr Trinkverhalten:

---

---

Hatten Sie in der Vergangenheit Probleme mit Alkohol?  ja  nein

Ich **verletze mich** manchmal selbst

nein  ja (Bitte beschreiben: Wie? Wie oft? Seit wann?)

**Nehmen Sie beruhigende Medikamente (z. B. Valium) oder Drogen?**

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein. Bitte geben Sie auch pflanzliche Präparate und solche Medikamente an, die sie nur unregelmäßig einnehmen.**

	Medikament	Dosierung	seit	dauerhaft (x)	Gelegentlich(x)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**Krankenhausbehandlungen, psychosomatisch/psychiatrisch?**

Wann? Wie lange? \_\_\_\_\_

**Frühere Ambulante Psychotherapien?**

Wenn ja, seit Wann und Welche Therapieform? \_\_\_\_\_

**Sind Sie gerade in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?**

Wenn ja, seit wann und welche Therapieform? \_\_\_\_\_

**Können Sie davon profitieren und in welcher Form?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich **ernähre mich**  gesund  ungesund (Bitte beschreiben: Wie? Seit wann?)

---

Ich **bewege mich**  ausreichend  zu wenig (Bitte beschreiben: Wie? Seit wann?)

---

**Soziale Kontakte / Beziehungen** sind für mich

eine Kraftquelle  leicht zu gestalten  ein Problem

schwierig, weil \_\_\_\_\_

---

sehr belastend, weil \_\_\_\_\_

---

**Weitere Ressourcen / Kraftquellen** sind:

1. \_\_\_\_\_

---

2. \_\_\_\_\_

---

3. \_\_\_\_\_

---

**Aktuelle Lebensform**

Ich lebe in einer festen Beziehung seit \_\_\_\_\_,

ich lebe in gemeinsamer Wohnung  ja  nein,

bin verheiratet  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ in  1.  2.  3. Ehe,

lebe allein seit \_\_\_\_\_, bin getrennt seit \_\_\_\_\_, geschieden seit \_\_\_\_\_,

lebe in einer Wohngemeinschaft  oder anderen Wohnform

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_, davon im gemeinsamen Haushalt lebend \_\_\_\_\_.

Wie alt? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben sie im Folgenden kurz Ihre **Wohnsituation sowie besondere soziale und finanzielle Belastungen:**

---

---

Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie in Kurzform Ihren beruflichen Werdegang:

---

---

---

Zurzeit bin ich: berufstätig als \_\_\_\_\_

arbeitsunfähig seit \_\_\_\_\_

arbeitslos seit \_\_\_\_\_

Hausfrau/-mann  SchülerIn  StudentIn

Ich beziehe:  Altersrente  vorgezogene Altersrente  
 Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente

Ich habe Rente beantragt:  nein  ja, am \_\_\_\_\_  
 Ich will Rente beantragen



## **Behandlungsziele**

Welche Ziele haben Sie sich für die jetzige Krankenhausbehandlung gesetzt? Was möchten Sie mit Hilfe der Behandlung für sich erreichen? Formulieren Sie bitte 3 Ziele die Sie sich für Ihre stationäre Behandlung in der Hardtwaldklinik II gesteckt haben.

1.

2.

3.

Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, **wie häufig traten folgende Beschwerden auf?** (Bitte in jeder Zeile das Zutreffende ankreuzen!)

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
Schlafstörungen					
Kopfschmerzen					
Magen- und Darmbeschwerden					
Herzbeschwerden					
Schwindelgefühl					
Atembeschwerden					
Kloßgefühl, Enge im Hals					
Nacken- oder Schulterschmerzen					
Gelenk- oder Gliederschmerzen					
Schmerzen im Lendenwirbelbereich					
Tinnitus					
Appetit- oder Essstörungen					
Gelenkschmerzen					
Wechselnde Schmerzen am ganzen Körper					
Unterleibsbeschwerden					
Erkältungskrankheiten, Infekte					
Gehstörungen					
Sonstiges					

Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, ob Sie für Sie zutrifft oder nicht und markieren Sie das passende Antwortkästchen. (aus PSKB-SE-R, G. Rudolf, 1975)

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
Ich bin ängstlich.					
Ich kenne plötzlich auftretende panikartige Angst.					
Ich habe Zwangsgedanken/Zwangshandlungen.					
In der letzten Zeit ist meine Stimmung gedrückt.					
Mir fehlt der innere Antrieb.					
Ich mag mich nicht.					
Mein Selbstbewusstsein ist gering.					
Ich habe ab und an selbstverletzendes Verhalten.					
Ich bin impulsiv, manchmal aggressiv gegenüber anderen.					
Ich fühle mich manchmal gar nicht richtig da, wie hinter einer Glaswand.					
Ich versuche für Andere da zu sein, mich um sie zu kümmern, für sie zu sorgen, Verantwortung zu übernehmen, ich fühle mich verpflichtet.					

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
In meinen engen Bindungen gibt es ziemliche Schwierigkeiten und Ängste, verschiedene Beziehungen sind gescheitert. Ich kann mich zwischen mehreren Beziehungen nicht entscheiden.					
Ich habe ab und zu das Gefühl, dass ich nicht mehr leben will.					
Ich habe ab und zu Suizidgedanken.					
Ich habe eine hohe Motivation, mich zu ändern.					
Ich will mich ändern, weiß aber nicht genau wie.					
Ich fühle mich in meinem Leben ständig benachteiligt.					
Ich habe den Eindruck, mir kann keiner helfen.					
Ich fühle mich oft einsam.					
Ich kann mich freuen, wenn ich etwas erreicht habe.					
Ich bin zuversichtlich, was meine Zukunft betrifft.					
Ich bin zufrieden mit meinem Leben.					

**Vielen Dank**