



Hardtwaldklinik II, Wicker GmbH & Co. KG  
Hardtstraße 32, 34596 Bad Zwesten

Hardtwaldklinik II, Fachklinik für  
psychogene Erkrankungen  
Wicker GmbH & Co. KG  
Hardtstraße 32  
34596 Bad Zwesten

- Patient, Patientin -

Chefärztin Dr. med. Anja Baumann

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer psychosomatischen Krankenhausbehandlung in der Hardtwaldklinik II.

Sollte nach Meinung Ihres Arztes bzw. Psychotherapeuten eine ambulante Behandlung im Moment nicht ausreichend sein um Ihre Erkrankung zu bessern, möchten wir Sie gern dabei unterstützen einen stationären Behandlungsplatz in der Krankenhausabteilung der Hardtwaldklinik II zu bekommen. Die Behandlung geschieht im angenehmen Ambiente einer psychosomatischen Fachklinik. Wir bieten ausschließlich Einzelzimmer an.

Bitte beachten Sie, dass eine stationäre Behandlung an folgende Voraussetzungen geknüpft ist:

1. Voraussetzung für eine Aufnahme ist eine ärztliche Krankenseinweisung. Damit die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung nicht durch Ihre Krankenkasse bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Zweifel gezogen werden kann, erbitten wir die **Einweisung durch eine/n Facharzt/Fachärztin** für
  - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
  - Psychiatrie (bzw. Nervenheilkunde) oder
  - Allgemeinmedizin, mit Zusatztitel Psychotherapieoder einen **Diplom-Psychologen / Psychologischen Psychotherapeuten**.
2. Den vollständig ausgefüllten Fragebogen für Erst- oder Wiederaufnahme.
3. Den von Ihrem behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllten Behandlerfragebogen.
4. Die im Fragebogen genannten Vorbefunde, insbesondere Krankenhausentlassungs-berichte, Reha-Berichte oder Psychotherapie-Anträge.

Sollten Schwierigkeiten auftreten oder Sie Fragen an uns haben, zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen.

Aufnahmebüro der Krankenhausabteilung  
Tel.: 0 56 26 /88-17 17  
Fax: 0 56 26 /88-18 72  
E-Mail: Wissemann@hwk2.de

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Hardtwaldklinik II



---

**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?**

- Antriebslosigkeit
  - bedrückte Stimmung
  - Vergesslichkeit
  - Grübeln
  - Konzentrationsbeschwerden
  - Gedanken, mir das Leben zu nehmen
  - Anderes: \_\_\_\_\_
- verstärkte Traurigkeit
  - Einsamkeitsgefühle
  - Erschöpfung
  - Sozialer Rückzug
- Gefühle der Sinnlosigkeit
  - Lustlosigkeit
  - Schlafstörungen
  - Alpträume

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

Welche?

\_\_\_\_\_

- Ich vermeide bestimmte Situationen aufgrund der Ängste

Welche?

\_\_\_\_\_

- Atembeschwerden
  - Schweißausbrüche
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Schwindel
  - Zittern
- Unruhe
  - Herzrasen
  - Beklemmungen

- 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**



