



Wicker-Kliniken. Wir sorgen für Gesundheit.

---

**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

Chefärztin Dr. med. Anja Baumann

- Patient, Patientin -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind schon einmal in der Krankenhausabteilung der Hardtwaldklinik II behandelt worden und möchten erneut bei uns aufgenommen werden. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Wir möchten Sie bitten, uns unten aufgeführte Fragen möglichst vollständig zu beantworten, damit wir einen Eindruck gewinnen können, an welchem Punkt wir die Behandlung fortsetzen können.

Wünsche bezüglich Zeitraum, Zimmer etc., können leider nicht immer Berücksichtigung finden.

Bitte unterschreiben Sie den beigefügten Fragebogen, sodass wir diesen auf Anfrage Ihrer Krankenkasse zusenden dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Hardtwaldklinik II



**Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

**Fragebogen zur Wiederaufnahme 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: \_\_\_\_\_

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.



---

**Bitte schildern Sie möglichst präzise den Verlauf Ihrer Beschwerden/ Ihres Gesundheitszustandes/Ihres Befindens seit dem letzten stationären Aufenthalt.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bitte schildern Sie, warum aus Ihrer Sicht eine erneute stationäre Behandlung erforderlich ist.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**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)

---

---

---

**Gab es seit dem letzten Aufenthalt schwerwiegende Veränderungen in Ihrem Leben oder belastende Lebensereignisse?** (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

**Gab es weitere ambulante Psychotherapien seit dem letzten Aufenthalt?**

Wenn ja, wann und aus welchem Grund/ Anlass?

---

---

---

---

---

**Sind Sie seit dem letzten Aufenthalt im Krankenhaus (unabhängig vom Fachgebiet) behandelt worden?**

- nein
- ja, wann, warum? **(Bitte Kopien aller Entlassberichte - max. der letzte 3 Jahre - 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: _____                             |   |  |
| <input type="checkbox"/> Gefühl ständiger Angst                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken                              |   |  |
| <input type="checkbox"/> 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 Ihre aktuelle berufliche Situation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden

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

**Hausfrau/-mann**

**SchülerIn**

**StudentIn**



**Ich beziehe:**

- ALG I                       ALG II                       Krankengeld                       Altersrente  
 vorgezogene Altersrente                       Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente

seit \_\_\_\_\_  befristet bis \_\_\_\_\_  unbefristet

**Haben Sie Rente beantragt?**

- nein  
 ja, am \_\_\_\_\_  
 ein Widerspruchsverfahren läuft

**Haben Sie eine Reha-Maßnahme beantragt?**

- nein  
 ja, am \_\_\_\_\_ im Fachgebiet \_\_\_\_\_  
 noch keine Antwort erhalten  
 Zusage erhalten für (Datum) \_\_\_\_\_  
 Absage erhalten  
 ein Widerspruchsverfahren läuft

**Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?**

- nein  
 ja, für die Bereiche \_\_\_\_\_  
Bitte legen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises und - falls eine Betreuung im Bereich Gesundheitsfürsorge vorliegt - die Kontaktdaten Ihres Betreuers bei.

**Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Datum, Unterschrift**