

## Anmeldefragebogen Psychosomatik

für (kreuzen Sie ggf. an  
in welcher Einheit Sie  
behandelt werden möchten):

- AD(H)S im Erwachsenenalter
- Angst
- Borderline (Einheit für DBT)
- Burn-Out – Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung
- Depression (CBASP, ACT, TSK)
- Frauen mit und ohne Kind (bis 4 Jahre)
- Junge Erwachsene (18-25 Jahre)
- Psychosomatische Tagesklinik
- Somatische Belastungsstörung
- Trauma
- Trauma + Sucht (nur tagesklinisch)
- Verhaltenssucht (z. B. Glückspiel, Internet)
- Ich bin mir noch nicht sicher (wird mit mir besprochen).**
- Ich war bereits bei Ihnen im Jahr \_\_\_\_\_ tagesklinisch  stationär

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft uns, Sie und Ihr Beschwerdebild bereits vorab besser kennenzulernen und so Ihre Behandlung in unserer Klinik besser planen zu können. Die Informationen, die wir erhalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Ihre Mitarbeit ist, wie auch bei der Psychotherapie, unverzichtbar. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen unser Anmeldeformular vollständig aus. Vielen Dank!

Name, Vorname, Geb.-Datum

Telefonnummer privat: \_\_\_\_\_ alternativ: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Adresse:

Krankenversicherung:  gesetzlich (Name/Versicherungsnummer): \_\_\_\_\_  
 privat (Name/Versicherungsnummer): \_\_\_\_\_  
 private Zusatzversicherung/Beihilfe: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?  Ja (bitte Kopie des Betreuerausweis/ Aufgabenbereiche beifügen)  
 Nein

Terminwunsch für die Aufnahme (ab dem/sofort): \_\_\_\_\_

Behandlungsart (Mehrfachauswahl möglich):  vollstationär  teilstationär (Tagesklinik)

Ich benötige \_\_\_\_\_ Tage Vorlaufzeit.

Die Aufnahme ist innerhalb 24 Stunden kurzfristig möglich (hierdurch ggf. kürzere Wartezeit)  Ja

Bitte geben Sie uns jeweils die vollständige Adresse und die Telefonnummer Ihrer behandelnden Ärzte /Therapeuten an – diese Angaben benötigen wir auch für den Versand des Abschlussberichts - Vielen Dank:

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Psychiater / Neurologe: \_\_\_\_\_

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

Waren bzw. sind Sie derzeit wegen psychischer Beschwerden bereits in stationärer Behandlung (bitte ggf. Klinik und Zeitpunkt angeben)?

Waren bzw. sind Sie bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (bitte ggf. Verfahren, Zeitdauer/Umfang angeben)?

## Anmeldefragebogen Psychosomatik

Geben Sie bitte den Anlass für Ihre Anmeldung an:

Welche Beschwerden stehen bei der Behandlung in unserer Klinik im Vordergrund?

Wie wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihr Leben aus (0=gar nicht; 10=extrem stark)?

- Arbeit, Beruf, Schule 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Partnerschaft, Familie, Sexualität 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Freizeitaktivitäten, Freunde 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Welche(s) Ziel(e) streben Sie durch die Behandlung an?

Wurden im bisherigen Verlauf psychische Vordiagnosen gestellt? Bitte ggf. angeben:

- Haben Sie bereits einmal einen Suizidversuch unternommen?  Nein  Ja (wann, Methode?)
- Spielt die Bearbeitung eines Traumas eine Rolle bei der Behandlung?  Nein  Ja (ggf. nähere Angaben)

### Problematisches Konsumverhalten

Machen Sie sich Sorgen um Ihren Alkoholkonsum?  Nein  Ja  
 Machen Sie bitte in jedem Fall eine ungefähre Angabe über die Anzahl alkoholischer Getränke pro Woche über die letzten 4 Wochen:

Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Benzodiazepine (z.B. Valium, Tavor) ein?  
 (wenn ja, bitte Substanz und tägliche Einnahme angeben)  Nein  Ja

Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen, bzw. illegale Substanzen (z.B. Cannabis, Kokain, Heroin) ein?  
 (wenn ja, bitte Substanz und tägliche Einnahme angeben)  Nein  Ja

Leiden Sie unter einer Ess-Störung?  Nein  Ja (bitte nähere Angaben)

Anderes problematisches Konsumverhalten, z.B.:

- Einkaufen
- Medienkonsum
- Glückspiel
- Anderes: \_\_\_\_\_

In welcher Wohnform leben Sie (Privatwohnung, TWG, betreutes Wohnen etc.)?

## Anmeldefragebogen Psychosomatik

Erlerner Beruf:

Wie ist Ihre Arbeitssituation (z.B. feste Anstellung, selbständig etc.)?

Beziehen Sie eine Rente oder läuft ein Rentenverfahren?  Nein  Ja (bitte nähere Angaben)

Bestehen derzeit aktuell drängende Probleme (z.B. Schulden, Beziehung, drohende Scheidung o.ä.)?

Leben Sie in einer Beziehung? Haben Sie Familie? Freunde? Kinder?

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter körperlichen Erkrankungen?  Nein  Ja (bitte nähere Angaben)

Haben Sie Allergien?  Nein  Ja (bitte nähere Angaben)

Besteht eine Geh- oder andere körperliche Behinderung?  Nein  Ja (bitte nähere Angaben)

Benötigen Sie Hilfsmittel oder sind im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen?  
 Nein  Ja (bitte nähere Angaben)

Haben Sie eine Hörminderung?  
(Teilnahme an den Gruppentherapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen)  Nein  Ja (bitte nähere Angaben)

Können Sie Treppen steigen? (erforderlich in Haus 7,15, 30)  Nein  Ja

Schnarchen Sie?  Nein  Ja

Benötigen Sie eine CPAP-Maske?  Nein  Ja

Liegt bei Ihnen eine Hepatitis C vor?  Nein  Ja

Für den Fall, dass Sie derzeit Medikamente einnehmen, geben Sie diese und die jeweiligen Tagesdosis bitte an:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte an:

Sekretariat für Psychosomatik  
Klinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie  
Ringstraße 6  
85540 Haar

Tel. 089-4562-2424

Fax: 089-4562-3194

Anmeldung-Psychosomatik.iak-kmo@kbo.de