Aufnahmefragebogen

Caduceus Klinik
Fachkrankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Datum heute: _____

1. Angaben zu meiner Person

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon privat: _____ mobil: _____ dienstl.: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Krankenkasse/-vers. _____ ○ Beihilfe _____ %

ggf. Wahlleistungen ○ Chefarzt-Behandlung ○ Einzelzimmer mit kostenpflichtigen Komfortleistungen (z.B. Du/WC)

versichert bei _____

Hausarzt/Facharzt: _____

(Name, Adresse) _____

Psychiater/Neurologe: _____

(Name, Adresse) _____

Psychotherapeut: _____

(Name, Adresse) _____

2. Meine aktuelle Lebenssituation

Aktueller Familienstand

○ ledig
○ verheiratet
○ getrennt lebend
○ geschieden
○ Partner
○ Partnerin
○ verwitwet

Aktuelle Lebens- und Wohnsituation

○ alleinlebend
○ alleinlebend mit Kind/ern
○ bei den Eltern lebend
○ mit eigener Familie zusammen
○ nur mit Partner/in zusammen
○ Wohngemeinschaft
○ betreute WG

Kinder - Geschlecht, Alter (z.B. m17, w20): _____

Aktuelle Erwerbssituation

zurzeit ausgeübter Beruf: _____

arbeitsunfähig seit: _____

arbeitslos seit: _____

arbeitssuchend seit: _____

Rentenantrag läuft seit: _____ wegen: _____

berentet seit: _____ wegen: _____

3. Ich habe bzw. hatte bereits folgende Therapien

Falls Sie schon in ambulanter / stationärer Therapie sind bzw. waren, benötigen wir hierüber Behandlungsberichte; bitte veranlassen Sie, dass uns diese umgehend zugesandt werden.

	Jahr	Wochen	Name, Institution, Adresse
○ ambulante Psychotherapie seit wann / Frequenz			
○ stationäre Behandlung Psychosomatik Psychotherapie Psychiatrie			
○ Selbsthilfegruppe			

4. Ich leide unter den folgenden Symptomen ... Bitte Zutreffendes ankreuzen

○ depressive Verstimmung
○ Schlafstörungen
○ Morgentief
○ Konzentrationsschwierigkeiten
○ Gedächtnisprobleme
○ Appetitverlust
○ starke innere Unruhe
○ dauernde Müdigkeit
○ starke Erschöpfung

○ Angst
○ Phobien
○ Panikattacken

○ Lebensüberdruss-Gedanken
○ Einsamkeit
○ Herzklopfen, Herzrasen
○ Schwindel
○ Atembeschwerden
○ Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals
○ Taubheits- oder Kribbelgefühle
○ Schweißausbrüche
○ Kopfschmerzen
○ Tinnitus, Ohrgeräusche
○ Verdauungsbeschwerden
○ Juckreiz
○ körperliche Beschwerden ohne medizinisch nachweisbare Ursachen

○ Essattacken (✳)
○ Hungern (✳)
○ übermäßige Beschäftigung mit dem Gewicht (✳)
○ Über- oder Untergewicht

○ Selbstmordgedanken /-pläne
○ Selbstmordversuch/e (✳), ggf. wann

○ Wechseljahr-Beschwerden
○ sexuelle Probleme
○ Erleben, selbst nicht wirklich da zu sein
○ eigene Gefühle fühlen sich fremd an
○ andauerndes Bedrohungsgefühl
○ häufige Scham
○ Schuldgefühle
○ Alpträume
○ Wutanfälle, die ich nicht steuern kann (✳)
○ Selbstverletzung (✳)
○ innere Verwirrung oder Zerrissenheit
○ Konflikt/e mit dem Gesetz
○ Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten

○ über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch (✳)
○ über-/regelmäßiger Nikotingebrauch
○ Drogengebrauch (✳)
○ häufiger Schmerzmittel-/ Beruhigungsmittelgebrauch (✳)
○ häufiger Abführmittelgebrauch (✳)
○ Zwangsgedanken oder -handlungen (✳)
○ übermäßiger Perfektionismus
○ hohes Bedürfnis nach eigener Wichtigkeit und Anerkennung
○ Angst vor Intrigen oder Verfolgung
○ starkes Misstrauen gegen andere
○ Einzelgängertum

✳ **Beschreiben Sie diese Symptome ggf. unter Punkt 5. oder 6. auf der folgenden Seite genauer: <u>seit wann</u>, <u>wie oft</u>, <u>Art und Ausmaß</u> der Probleme**

5. Meine aktuelle Problematik, aufgrund der eine Behandlung in der Caduceus Klinik erforderlich ist (in Stichworten)

6. Symptome und Beschwerden, die sich in der letzten Zeit akut verschlimmert haben, so dass ich eine stationäre Behandlung brauche (in Stichworten)

7. Ich vermute Ursachen meiner Probleme in folgenden Themen (in Stichworten)

8. Ich möchte Folgendes erreichen bzw. verändern (in Stichworten)

9. Medizinische Vorerkrankungen, Behinderungen, körperliche Beeinträchtigungen Seit wann? (in Stichworten)

9.a Hiervon sind in der Caduceus Klinik zu behandeln bzw. besonders zu berücksichtigen

9.b Ich nehme folgende Medikamente ein (Name der Medikamente, Einnahmehäufigkeit und Menge)

10. Wie ist Ihr Essverhalten? Beschreiben Sie ggf.: Häufigkeit von Mahlzeiten, Diät-bzw. Hungerphasen, Essattacken, Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln.

11. Trinken Sie Alkohol? Ggf.: was (Bier, Wein etc.), seit wann, wie oft und wie viel?

11.a Können Sie während der Therapie abstinent sein?

12. Rauchen Sie? Ggf.: seit wann und wie viel?

13. Nehmen Sie oder haben Sie früher Drogen genommen?
Ggf: wann, welche, wie häufig, wann zuletzt?

13.a Können Sie während der Therapie abstinent sein?

14. Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu? Ggf.: seit wann, bei welchen Auslösern, wie häufig, womit, in welchem Ausmaß - und wann zuletzt?

15. Spiritualität, Religion oder Glaube hat für mich einen wichtigen Stellenwert (in Stichworten)

Vielen Dank die Beantwortung aller Fragen und Ihr Vertrauen.
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!