

Aufnahmefragebogen

Der nachfolgende Fragebogen soll dazu dienen, dem behandelnden Arzt bzw. dem therapeutischen Team der Klinik einen Einblick in Ihre Beschwerden und Ihre Erwartungen an die Therapien in unserer Klinik zu geben. Bitte füllen Sie den Fragebogen wahrheitsgemäß aus und übersenden Sie ihn uns per Post, Fax oder E-Mail, damit wir entscheiden können, ob eine Aufnahme in unserer Klinik möglich ist. Sobald der Fragebogen geprüft wurde, werden wir uns telefonisch bei Ihnen melden. Der Fragebogen muss von Ihnen höchstpersönlich ausgefüllt werden.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Bundesland: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

Email: _____

Geburtsdatum _____

Größe _____ Gewicht _____

Krankenkasse/-vers. _____ Beihilfe _____ %

2. Aktuelle Lebenssituation

Aktueller Familienstand

ledig Partner Partnerin

verheiratet getrennt lebend verwitwet geschieden

Kinder: _____
Geschlecht, Alter _____

Aktuelle Lebens- und Wohnsituation

alleinlebend alleinlebend mit Kind/ern zusammen

mit eigener Familie zusammen mit Partner/in zusammen

bei den Eltern lebend Wohngemeinschaft betreute WG

3. Aktuelle Erwerbssituation

Derzeitiger Beruf: _____

Ggf. früherer Beruf: _____

Arbeitsunfähig seit: _____ wegen: _____

Arbeitslos seit: _____

Arbeitssuchend seit: _____

Rentenantrag läuft seit: _____ wegen: _____

Berentet seit: _____ wegen: _____

4. Alkoholkonsum

Nein

Ja:

Erstkontakt mit Alkohol im Alter von _____ Jahren

Regelmäßiger Alkoholkonsum seit: _____

Hauptsächliche Alkoholgetränke: _____

Konsumierte Menge täglich: _____

5. Ich habe bzw. hatte bereits folgende Therapien

Wir benötigen einen aktuellen Befundbericht des ambulanten Behandlers, aus dem eindeutig hervorgeht, dass und weshalb die ambulante Behandlung nicht ausreichend ist. Außerdem benötigen wir ggf. die Befunde früherer ambulanter und/oder stationärer Behandlungen. Bitte veranlassen Sie, dass uns diese umgehend zugesandt werden.

ambulante Psychotherapie (seit wann/Frequenz)

Jahr: _____ Wochen: _____

Name, Institution, Adresse: _____

stationäre Behandlung (Psychosomatik, Psychotherapie, Psychiatrie)

Jahr: _____ Wochen: _____

Name, Institution, Adresse: _____

Selbsthilfegruppe

Jahr: _____ Wochen: _____

Name, Institution, Adresse: _____

Sonstiges

Jahr: _____ Wochen: _____

Name, Institution, Adresse: _____

6. Ich leide unter folgenden Symptomen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken/-pläne |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch/e (*), ggf. wann |
| <input type="checkbox"/> Morgentief | |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Wechseljahr-Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein |
| <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe | <input type="checkbox"/> eigene Gefühle fühlen sich fremd an |
| <input type="checkbox"/> dauernde Müdigkeit | <input type="checkbox"/> andauerndes Bedrohungsgefühl |
| <input type="checkbox"/> starke Erschöpfung | <input type="checkbox"/> häufige Scham |
| | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Phobien | <input type="checkbox"/> Wutanfälle, die ich nicht steuern kann(*) |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung (*) |
| | <input type="checkbox"/> innere Verwirrung oder Zerrissenheit |
| <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß-Gedanken | <input type="checkbox"/> Konflikt/e mit dem Gesetz |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen, Herzrasen | |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Nikotingebrauch |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals | <input type="checkbox"/> Drogengebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Taubheits- oder Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> häufiger Schmerzmittel-/ |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | Beruhigungsmittelgebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> häufiger Abführmittelgebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus, Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken oder -handlungen (*) |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> übermäßiger Perfektionismus |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> hohes Bedürfnis nach eigener |
| <input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden ohne medizinisch | Wichtigkeit und Anerkennung |
| nachweisbare Ursachen | <input type="checkbox"/> Angst vor Intrigen oder Verfolgung |
| | <input type="checkbox"/> starkes Misstrauen gegen andere |
| <input type="checkbox"/> Essattacken (*) | <input type="checkbox"/> Einzelgängertum |
| <input type="checkbox"/> Hunger (*) | |

* **Beschreiben Sie diese Symptome ggf. unter Punkt 7 oder 8**

7. Meine aktuelle Problematik, aufgrund der eine Behandlung in der Fachklinik Sankt Lukas erforderlich ist (in Stichworten)

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

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

**10. Ich nehme folgende Medikamente ein
(Name der Medikamente, Einnahmehäufigkeit und Dosierung,
Beispiel: Aspirin 100mg 1-0-1)**

**11. Ich leide an Allergien oder Unverträglichkeiten, wenn ja an welchen
(z.B. Medikamente, Nahrungsmittel)?**

Nein

Ja: _____

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die oben aufgeführten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.
Hinweise zum Datenschutz in der privaten Fachklinik St. Lukas finden Sie ebenfalls auf unserer Internetseite.

Ort, Datum

Unterschrift