

# Fragebogen

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. Bitte fügen Sie dem Fragebogen, falls vorhanden, einen aktuellen ärztl. Kurzbericht bei. Der Fragebogen muss von Ihnen höchstpersönlich ausgefüllt und unterschrieben werden.

## 1. Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2. Anamnese

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Erstkontakt mit Alkohol im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Regelmäßiger Alkoholkonsum seit: \_\_\_\_\_

Hauptsächliche Alkoholgetränke: \_\_\_\_\_

Konsumierte Menge täglich: \_\_\_\_\_

Gibt es Alkohol- oder Drogenabhängigkeiten im Familienumfeld?  
Wenn ja: wer? Besteht der Konsum weiterhin?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche Mittel nehmen Sie, in welcher Menge und Häufigkeit, ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Konsumieren Sie gleichzeitig andere Suchtmittel aktuell oder früher wie z.B. Zigaretten, Kokain, Marihuana, Beruhigungsmittel / Antidepressiva, usw.? Wenn ja seit wann und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie andere Drogen intravenös konsumiert oder konsumieren Sie diese derzeit?

- Nein  
 Ja Art, Menge: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie ein ärztlich verordnetes Suchtmittel? (med. Cannabis, MPH, Opiate, Benzodiazepine)

- Nein  
 Ja Art, Dosierung: \_\_\_\_\_  
 (Bitte legen Sie das entsprechende ärztliche Attest vor.)

Leiden Sie an Allergien, wenn ja an welchen (z.B. Medikamente)?

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

Was war der Auslöser für die Entscheidung zum Entzug?

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

Wurde früher schon einmal ein Entzug/Entgiftung durchgeführt? (Bitte legen Sie einen Arztbrief bei)

- Nein  
 Ja, Entzug  
 Ja, Entzug und Entwöhnungstherapie

Wann? \_\_\_\_\_

Wie lange bestand die Abstinenz?

\_\_\_\_\_

### 3. Beschwerdebild

Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft

Akute alkoholbedingte Störungen

- Schlaflosigkeit  
 Angst  
 Herzbeschwerden  
 Bluthochdruck  
 Zwangssymptome (Rituale, Gedanken)  
 Alpträume  
 Übelkeit  
 Zittern  
 Depressive Verstimmung  
 starke innere Unruhe  
 zerebrale Krampfanfälle  
 Schweißausbrüche  
 Hitzegefühl  
 Gangunsicherheit, Ataxie

akute Kreislaufprobleme

chronische alkoholbedingte Störungen:

- Appetitlosigkeit/Verdauungsprobleme  
 Gedächtnisprobleme  
 Wesensveränderung  
 Müdigkeit  
 Übergewicht  
 Untergewicht  
 Schweißausbrüche  
 Scham  
 Konzentrationsschwierigkeiten  
 Schwindelanfälle  
 unfähig zu arbeiten  
 anhaltende Depression  
 Schlafstörungen/Alpträume

akute Selbstmordgefahr

Besteht eine alkoholbedingte/infektionsbedingte Leberschädigung, wie Hepatitis, HIV, etc.?

Wenn ja, welche Form?

- Nein  
 Ja

Wurden Sie ambulant und/oder stationär behandelt? Wenn ja, wann?

---

Besteht oder bestand eine Pankreatitis?

- Nein  
 Ja

Wurden Sie ambulant und/oder stationär behandelt? Wenn ja, wann?

---

Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall?

- Nein  
 Ja

Wann? Wie häufig? Nehmen Sie Medikamente?

---

Hatten Sie jemals ein Delir?

- Nein  
 Ja

Wann? Wie häufig?

---

Bestehen bei Ihnen andere chronische oder akute körperliche Krankheiten?

Wenn ja, wurden Sie in den letzten 6 Monaten behandelt? (Bitte Arztbericht beifügen)

---

---

Sind psychische Krankheiten wie z.B. Depression, Manie, Bipolare oder affektive Störungen, Borderline Störung etc. bekannt?

Wenn ja, wurden Sie in den letzten 6 Monaten behandelt? (Bitte Arztbericht beifügen)

---

---

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten stationär oder ambulant behandelt?

Wenn ja, warum? (Bitte Arztbericht beifügen)

---

---

Bestehen körperliche Einschränkungen in der Mobilität (Treppen steigen, langes Gehen) oder Selbstversorgung? Geben Sie Ihre Einschränkungen genau an.

---

---

---

Bestehen bei Ihnen andere Schwierigkeiten wie z.B. familiäre Probleme, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz? Welche?

---

---

Bestehen Schwierigkeiten und Folgen durch Polizei und Gericht?

- Führerscheinverlust seit: \_\_\_\_\_
- MPU, Sperre
- Andere: \_\_\_\_\_

Besteht eine Arbeitsunfähigkeit?

- Nein
- Ja, seit: \_\_\_\_\_
- Wiedereingliederung gewünscht/geplant

Was ist Ihr persönliches Therapieziel für den Aufenthalt in unserer Klinik?  
Welche Ziele formulieren Sie für Ihre Zeit nach der Therapie?

---

---

Wodurch sind Sie auf die Privatklinik ViaNova aufmerksam geworden?

---

---

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

Sollten Angaben unvollständig sein oder nicht der Wahrheit entsprechen, behält sich die Klinik das Recht vor, eine Aufnahme am Anreisetag abzulehnen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen, aus denen wir bereits mögliche Schwerpunkte für die Therapie vorhersehen können.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.

Hinweise zum Datenschutz in der Privatklinik ViaNova finden Sie ebenfalls auf unserer Internetseite.

In unserer Fachklinik wird alles getan, um Ihre Patientendaten zu schützen. Ihre Daten werden zweckgebunden für Ihren Aufenthalt verarbeitet und gespeichert. Nach Ablauf der gesetzlichen Frist von 10 Jahren werden die Daten vernichtet. Meine Angaben sind **freiwillig**. Ich kann sie **jederzeit** ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch **widerrufen**.