



Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik. Bei der Vorbereitung Ihrer Behandlung können Sie uns schon jetzt helfen, indem Sie die nachstehenden Fragen möglichst konkret beantworten.

I) Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht m/w/d _____ Geburtsdatum: _____

Straße, HsNr: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Email: _____

Beruf bzw. derzeitige Tätigkeit oder Ausbildung: _____

arbeitsunfähig arbeitslos berentet Rentenantrag seit _____

Bank: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Hinweis:

Die Bankverbindung dient der Vorbereitung eines Lastschriftmandats. Durch Ihre Unterschrift am Aufnahmetag wird es einmalig für gewünschte Leistungen aktiviert. Die **Barzahlung** im Rahmen der Selbstzahlung ist **nicht möglich**. Eine Zahlung mit EC Karte beim Auschecken ist möglich (NUR EC-Karte, keine Kreditkarten).

II) Versicherung:

Gesetzliche Krankenversicherung: _____

ggf. Private Zusatzversicherung: _____

Einbett-Zimmer Zweibett-Zimmer Chefarzt-Behandlung

oder

Private Krankenversicherung: _____

Einbett-Zimmer Zweibett-Zimmer Chefarzt-Behandlung

ggf. Beihilfe: _____

Einbett-Zimmer Zweibett-Zimmer Chefarzt-Behandlung



III) Behandler/innen:

Facharzt/Fachärztin: Name, Adresse, Telefon _____

Psychotherapeut/in: Name, Adresse, Telefon _____

Hausarzt/Hausärztin: Name, Adresse, Telefon _____

IV) Fragen zur Aufnahme

1. Aufgrund welcher im Vordergrund stehenden Schwierigkeit streben Sie einen Aufenthalt in unserer Klinik an? _____

2. Welche Diagnosen wurden von bisherigen Ärzten/Ärztinnen Therapeuten/Therapeutinnen gestellt?

3. Wurde in der Vergangenheit die Diagnose einer Psychose (z.B. Schizophrenie) oder einer manischen Erkrankung (z.B. Manie, bipolare Störung) gestellt?

ja nein Wenn ja, welche Diagnose? _____

4. Haben Sie sich schon über unser Behandlungskonzept, insbesondere die Therapeutischen Vereinbarungen informiert? ja nein

5. Zu diesen Vereinbarungen zählen für die Dauer des Aufenthaltes u. a. der Verzicht auf Medien, Nikotin und Alkohol. Können Sie sich vorstellen, diese Vereinbarungen einzuhalten?

ja nein

6. Wo erwarten Sie die meisten Schwierigkeiten?



7. In welcher Partner- / Familiensituation leben Sie derzeit?

8. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

9. Haben Sie laufende Rechtsstreitigkeiten? Wenn ja, welche?

10. Liegen bei Ihnen körperliche Erkrankungen oder Einschränkungen vor?

11. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Menge? Seit wann?

12. Welche Medikamente haben Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen? Menge? Wie lange?

13. Gibt es nachgewiesene Allergien (z.B. Hausstaubmilben) oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z.B. Laktose, Gluten)? ja nein

Falls ja, welche? _____

14. Wünschen Sie vegane Kost? ja nein

15. Bitte beschreiben Sie Art, Menge und Dauer Ihres Alkoholkonsums.

16. Haben Sie schon Drogen eingenommen? Wann? Welche? Zeitraum? Menge?



17. Rauchen Sie?

ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Sind Sie bereit, für die Aufenthaltsdauer mit dem Rauchen aufzuhören? ja nein

18. Sehen Sie Probleme in Ihrem Essverhalten (z. B. Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Appetitzügler)? Beschreiben Sie das bitte.

Körpergröße in cm _____ derzeitiges Gewicht in kg _____

19. Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt? _____

20. Haben Sie schon versucht, sich umzubringen? ja nein

Wenn ja, wann und auf welche Art? _____

21. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer / psychiatrischer Behandlung?

			ambulant	stationär
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____	bis _____	wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Sind Sie AKTUELL in ambulanter Psychotherapie? ja nein

Wenn NEIN: Warum nicht bzw. welche Versuche wurden bisher unternommen, um einen ambulanten Therapieplatz zu erhalten?

23. Besuchen Sie Selbsthilfegruppen? ja nein

Wenn ja, Welche? _____



24. Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einweiser*in/Therapeut*in/Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Recherche im Internet | <input type="checkbox"/> Zeitungsartikel |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe | <input type="checkbox"/> Social Media |
| <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte/Ehem. Patient*innen | |

25. Haben Sie sich noch in einer anderen Klinik beworben?

- nein ja, in _____

V) Weitere Fragen zum Ankreuzen

Die folgenden Fragen brauchen Sie nur mit Ja oder Nein beantworten. Es kann sein, dass keine oder nur wenige dieser Fragen Ihre persönliche Situation berühren. Lassen Sie sich davon bitte nicht irritieren. Bitte machen Sie jeweils nur ein Kreuz in das für Sie zutreffende Kästchen.

	Ja	Nein
1. Haben Sie in den letzten Jahren sehr oft die Arbeit gewechselt, oder mehrfach eine Ausbildung begonnen, die Sie dann nicht beendet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie durch Ihre persönlichen Schwierigkeiten bisher in Ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Laufbahn weit hinter Ihren Möglichkeiten geblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt?		
Haare ausgerissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blutig gekratzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbst verbrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Schwierigkeiten mit...		
Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind Sie verzweifelt über den dauerhaften Wechsel und die Austauschbarkeit von Ängsten, Zwängen oder Süchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie fast ständig ein schier unerträgliches Gefühl von Einsamkeit oder innerer Leere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein
8. Spüren Sie häufig einen abgrundtiefen Selbsthass, sodass Sie an ihrem Recht zweifeln, überhaupt zu existieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spüren Sie oft eine Kränkung oder einen Ärger gar nicht und explodieren hinterher gegenüber einer anderen Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Erleben Sie Ihre Angst als Panik, bzw. haben Sie Sorge, dass Ihre mörderische Wut außer Kontrolle gerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie manchmal das Gefühl...		
auseinanderzufallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich aufzulösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu erstarren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kennen Sie den Zustand, dass Sie etwas tun, nur um zu spüren, dass Sie da sind?		
z.B. weiterreden, um sicher zu sein, dass Sie existieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich selbst verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas Aggressives tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben oder hatten Sie merkwürdige Erlebnisse, die Sie sich nicht erklären können?		
z.B. merkwürdige Geräusche, Bilder oder Gestalten tauchen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jemand beobachtet, kontrolliert oder beeinflusst Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere merkwürdige unbeschreibliche Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gehört es zu Ihren Erfahrungen, dass Sie sich in engen Beziehungen mit einem schnellen Wechsel von starken Gefühlen erleben, wie... z.B.		
zerstörerische Wut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
panische Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
totales Ausgeliefertsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Brechen Sie immer wieder Kontakte zu Menschen ab, die Ihnen zuerst großartig erscheinen, vielleicht, weil diese einen Fehler gemacht, oder Sie enttäuscht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Können Sie Ihre wichtigsten Bezugspersonen indirekt dazu bringen, das zu tun, was Sie wollen, indem Sie...		
z.B. Schmerzen vorgeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Worten provozieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Handlungen provozieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich aus dem Kontakt ziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



VI) Einverständnis

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei weiteren Fragen Ihre/n Ärztin/Arzt bzw. Therapeut/in kontaktieren?

ja nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per E-Mail kontaktieren?

ja nein, ich möchte nur per Post/telefonisch kontaktiert werden.

Gibt es Familienangehörige, denen gegenüber Sie uns von der Schweigepflicht entbinden möchten (z.B. Ehepartner*in, Eltern, Kinder)?

nein ja: _____ (Name, Geburtsdatum).

Datum, Unterschrift _____