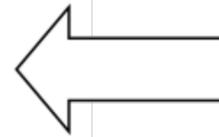


Schön Klinik Tagesklinik Hamburg
Psychosomatische Tagesklinik
Weidestraße 122 B / Osterbekstraße 90 B
22083 Hamburg



**Bitte an nebenstehende
Anschrift ausgefüllt
zurücksenden**
Fax: 040 6964602-211
oder
TagesklinikHamburg
@schoen-klinik.de

Psychosomatische Tagesklinik Anmeldebogen Tagesklinik Hamburg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir ein genaues Bild von Ihrem Befinden erhalten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, angemessene Therapievorschläge für Sie zu entwickeln. Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft, es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort _____

Krankenkasse: _____ Walleistung Wahlarzt in TK

Telefon: Festnetz, Mobil: _____

E-Mail: _____

(Mit Nennung Ihrer eMail Adresse stimmen Sie der Kommunikation per eMail zu)

aktuell in der Schön Klinik? Station: _____ seit: _____ bis vorauss. _____

Vertrauensperson: Name, Vorname _____
darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____
(Mit Nennung Ihrer eMail Adresse stimmen Sie der Kommunikation per eMail zu)

Vertrauensperson: Name, Vorname _____
darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____
(Mit Nennung Ihrer eMail Adresse stimmen Sie der Kommunikation per eMail zu)

Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass die Ärzte, Therapeuten und das Patientenmanagement, welches die Anmeldeunterlagen bearbeitet, Einblick in die Krankengeschichte der Vorbehandlungen in der Schön Klinik Eilbek nehmen kann. Bitte senden Sie keine Originalunterlagen ein, da diese nicht zurück gesendet werden. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Es kann jedoch sein, dass Ihr Krankheitsbild in unserer Tagesklinik nicht behandelt werden kann und ggf. eine stationäre Behandlung in der Schön Klinik Hamburg Eilbek geeigneter wäre. Unter Umständen gibt es die Möglichkeit - nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung - die uns vorliegenden Unterlagen in den stationären Bereich der Schön Klinik Hamburg Eilbek weiter zu leiten.

Ja, evtl. Weiterleitung nach Rücksprache Nein

Mir ist bekannt, dass ich die getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Name: _____ Vorname _____ Geb.-Dat. _____

Datum: _____ Unterschrift **Interessent*in** _____

Ich handle als Vertreter*in mit Vertretungsvollmacht bzw. Betreuer*in, Kopie bitte beilegen:

Name: _____ Vorname _____ Geb.-Dat. _____

Datum: _____ Unterschrift **Vertreter*in / Betreuer*in** _____

I. Angaben zu den Beschwerden / soziodemographische Fragen

1. Unter welchen seelischen Beschwerden leiden Sie zur Zeit?

- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____

2. Sind bei Ihnen psychische Diagnosen bekannt:

- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____

3. Welche körperlichen Krankheiten bestehen oder bestanden?

- _____
- _____
- _____

4. Ihr Gewicht und Ihre Körpergröße? Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

5. Wo sind Sie geboren?

0 Deutschland anderes Land: _____

6. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? Ihr Geschlecht?: _____

0 ledig 0 verheiratet 0 getrennt lebend 0 geschieden 0 verwitwet

7. Wie ist Ihre aktuelle Lebens- / Wohnsituation?

0 allein 0 mit Partner 0 mit Eltern
0 allein mit Kinder(n) 0 in einer Institution

8. Haben Sie Kinder? Alter / Geschlecht

0 keine Kinder

9. Waren Sie früher oder sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

0 noch nie
0 ja, früher: _____ (Jahr)
0 ja, zurzeit in Behandlung bei:
_____ (Name)

10. Waren Sie früher oder aktuell in teilstationärer oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung? Bitte listen Sie die Einrichtungen auf und senden uns die Entlassungsbriefe zu:

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

11. Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

0 Hausarzt
0 Psychiater / Neurologe

12. Haben Sie Schulden?

0 nein
0 ja, ca. _____ €

13. Ihr höchster Schulabschluss?

0 Haupt- / Volksschulabschluss
0 Abschluss – Polytechnische Oberschule
0 Realschulabschluss
0 Fachabitur / Abitur
0 abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium
0 sonstiges: _____

10. Ihr höchster erreichter Berufsabschluss:

- abgeschlossene Lehre
- Hochschulabschluss
- kein Berufsabschluss

14. Ihr aktueller beruflicher Status?

erwerbstätig

0 selbstständig
0 mithelfender Familienangehöriger
0 Beamter/in 0 Angestellte/r 0 Arbeiter/in

erlernter Beruf: _____

aktuelle Tätigkeit: _____

nicht erwerbstätig

0 Hausfrau/-mann
0 arbeitslos, seit _____
0 Rente (Früh-, Alters-, Witwenrente)
0 Erwerbs / Berufsunfähigkeitsrente
0 Studium / Schule
0 sonstiges: _____

derzeit arbeitsunfähig

0 nein
0 ja, seit dem _____

15. Sind Sie berentet?

0 nein
0 ja, Altersrente
0 ja, Zeitrente
0 laufendes Rentenverfahren
0 Rentenwunsch

16. Bitte unterstreichen Sie im Folgenden nur **die Probleme, die in Ihrer Kindheit bzw. Jugend** für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten:

Traurigkeit - Konzentrationsstörungen - Leistungsschwankungen - Minderwertigkeitsgefühle -
Lustlosigkeit - Überforderung - Unterforderung - Entscheidungsprobleme - Einsamkeit -
Konzentrationschwierigkeiten - Gedächtnisprobleme - Antriebslosigkeit - sozialer Rückzug - Haare
ausreißen - Nägel knabbern - Selbstverletzungen - übertriebene Selbstbefriedigung - Stehlen - Lügen -
Zündeln - von zu Hause ausreißen - Schule schwänzen - übertriebener Ehrgeiz Unselbständigkeit -
Schlampigkeit - Distanzlosigkeit - Kasperlverhalten - aggressives Verhalten - Trotz - Eifersucht -
Suizidäußerungen - Tics - Einnässen - Einkoten - Schlafwandeln - nächtliches Schreien - Anfallsleiden -
Krämpfe - Entwicklungsverzögerung - vorzeitige Entwicklung - sexuelle Abweichungen -
Wachstumsstörung - Übergewicht - Untergewicht - Essstörung (Magersucht, Ess-Brech-Sucht usw.) -
Lese- Rechnen- oder Schreibstörungen - Lispeln - Stottern - Stammeln - Poltern oder andere
Sprachstörungen - Kopfschmerzen - Kreislaufbeschwerden - Magen-Darm-Beschwerden - Übelkeit -
Allergien - Atembeschwerden - Asthma - Kontaktprobleme zu anderen Menschen - Ängste - Zwänge -
Ordnungsdrang - Rauchen - Missbrauch von Medikamenten – Alkoholkonsum - Drogenkonsum

Sonstiges:

Bitte unterstreichen Sie im Folgenden **die Probleme, die heute im Erwachsenenalter** für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten oder derzeit bestehen:

Schuldgefühle - Hilflosigkeit - Schlafstörungen - berufliche Probleme - Konflikte mit Anderen-
Minderwertigkeitsgefühle - Stimmungsschwankungen - grundlose anhaltende Traurigkeit -
Suizidgedanken - Partnerschaftsprobleme - Libidoverlust - sexuelle Probleme - Tagträumen - Grübeln -
körperliche Unruhe - Bewegungsmangel - Schlaflosigkeit - Kloßgefühl - Schmerzen - wechselnde
körperliche Beschwerden - Schwindel - Herzbeschwerden - Ohnmachtsanfälle - Kopfschmerzen -
Benommenheit - Allergien - Angst vor Umweltzerstörung, Krankheiten - Erröten - Zittern - Schwitzen -
Sprachstörungen - Panikzustände - Katastrophenphantasien - Angst vor Höhen - Angst in
geschlossenen Räumen - übertriebene Aufregung - Zukunftsängste - Prüfungsangst - Schüchternheit -
Zwänge - Suizidversuche - Angst vor dem Alleinsein - Überempfindlichkeit - Konflikte mit Anderen -
Ärger - häufiger Arbeitsplatzwechsel - Spielsucht - Kaufsucht - unkontrollierte Wutausbrüche -
Arbeitssucht finanzielle Probleme - Magen Darm Beschwerden - Diäten - Störungen des Essverhaltens -
Gewichtsveränderungen - Appetitverlust - Alkoholkonsum - Beruhigungsmittelkonsum - Drogenkonsum -
Abhängigkeit von Substanzen - Verfolgungsgedanken - Angst vor Menschen

Sonstiges:

17. Was denken Sie, ist der **Grund Ihrer aktuellen Beschwerden?**

18. Gab es eine große Veränderung in Ihrem Leben vor Beginn der Beschwerden, oder gab es **vor Beginn der Beschwerden eine hohe Belastung**? Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

19. Was hat Ihnen in Ihrem Leben **am meisten Schwierigkeiten** bereitet?

20. Was war ausschlaggebend, dass Sie jetzt den **Entschluss zu einer Psychotherapie** gefasst haben? Hat jemand den entscheidenden Anstoß gegeben? Wenn ja, wer und warum?

21. Was gibt es **Positives in Ihrem Leben**?

II. Aktuelle Lebenssituation

1. Haben Sie derzeit eine **Partnerschaft**?

Wenn ja, seit wann und wie würden Sie Ihre Partnerschaft beschreiben:

2. Wie würden Sie Ihre **Freundschaften** beschreiben (haben Sie viele Freundschaften oder wenige oder keine):

3. Wie verbringen Sie Ihre **Freizeit**? Haben Sie Hobbys, wenn ja, welche und wie oft beschäftigen Sie sich damit:

4. Hatten Sie schon einmal **Kontakt zur Polizei** (z.B. Führerscheinverlust). Gibt es aktuell laufende oder frühere Strafverfahren gegen Sie?

5. Wie würden Sie sich aktuell **selbst beschreiben** (bitte Adjektive benutzen)?

III. Lebensgeschichtliche Entwicklung

1. Familie und Bezugspersonen

Die nachfolgenden Fragen beziehen darauf, wie Sie aufgewachsen sind, zum Beispiel auf das Verhältnis zu wichtigen Personen in Ihrem Leben.

Mutter: Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf: _____

Falls verstorben: Jahr _____ Todesursache: _____

Psychische **Erkrankungen Ihrer Mutter**? z.B. Alkoholismus, Selbstmordversuche, Depression usw.:

Wie würden Sie Ihre **Mutter beschreiben** (bitte Adjektive benutzen):

Wie würden Sie Ihre **Beziehung zu Ihrer Mutter** beschreiben:

Vater: Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf: _____

Falls verstorben: Jahr _____ Todesursache: _____

Psychische **Erkrankungen Ihres Vaters**? z.B., Alkoholismus, Selbstmordversuche, Depression usw.:

Wie würden Sie Ihren **Vater beschreiben** (bitte Adjektive benutzen):

Wie würden Sie Ihre **Beziehung zu Ihrem Vater** beschreiben:

Wie war die **Beziehung zwischen den Eltern**:

Wie würden Sie generell das **Familienklima** beschreiben:

2. Lebensgeschichtliche Ereignisse

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik.

0-3 Jahre (z.B. Probleme in der Schwangerschaft der Mutter, Geburt, Ernährung, Stillen, frühkindliche Entwicklung, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.):

3-6 Jahre (z.B. Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel usw.)

6-10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu den Lehrern, Erziehern, zu Klassenkameraden usw.)

10-15 Jahre (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme, körperliche Entwicklung usw.)

15-20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, welche Rolle nahmen Sie in einer Gruppe Gleichaltriger ein usw.)

20-25 Jahre (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbstständigkeit usw.)

Ab dem 25. Lebensjahr:

Gab es irgendwelche traumatischen, beängstigenden Erlebnisse, die für Ihr weiteres Sexualleben bestimmend wurden? (zutreffendes bitte nur ankreuzen): 0 Ja / 0 Nein

Gab es belastende Ereignisse oder erschwerende Umstände in Ihrem Leben (z.B. Tod einer Bezugsperson, Heimaufenthalte, Unfall, Raubüberfall usw.) (bitte zutreffendes nur ankreuzen): 0 Ja / 0 Nein

3. Haben Sie **Geschwister**? Wenn ja, wie viele (bitte Alter und Geschlecht angeben):

Wie ist Ihre **Beziehung zu Ihren Geschwistern**:

4. Bitte geben Sie an, welche **Substanzen** Sie in den **letzten fünf Jahren** eingenommen haben und
5. **zur Zeit** – im letzten halben Jahr- einnehmen:

Was wurde/wird konsumiert?	Menge früher: (in letzten 5 Jahren)	Menge heute / seit: (durchschnittlich pro Woche)
Drogen (bitte nennen)		
Alkohol (bitte nennen)		
Beruhigungsmittel (bitte nennen)		
Nikotin (bitte nennen)		

6. **Aktueller Medikamentenplan** (bitte auch Bedarfsmedikation):

Präparat (mit Dosis / mg)	morgens	mittags	abends	zur Nacht

