

**Bitte unbedingt ausfüllen:**

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

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

## Anmeldebogen Akut

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

Sie wollen sich in der Parkland-Klinik zu einer stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung anmelden. Damit wir zutreffend beurteilen können, inwieweit eine Therapie bei uns tatsächlich durchgeführt werden kann und welcher Behandlungsschwerpunkt für Sie geeignet wäre, brauchen wir einige Informationen zu Ihren aktuellen Beschwerden, Ihrer Vorgeschichte und Ihrer momentanen beruflichen und privaten Situation.

Daher bitten wir Sie, sich ein wenig Zeit zu nehmen, um diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Bitte senden Sie den Bogen zusammen mit den übrigen Unterlagen innerhalb der nächsten Tage an uns zurück. Ihre sämtlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; außer dem zuständigen Kreis von Mitarbeitern unserer Klinik wird niemand Einsicht erhalten.

**Haben Sie eine rechtliche Betreuung?**  nein  ja

Name des Betreuers: \_\_\_\_\_

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

Für welche Bereiche ist der Betreuer bestellt? \_\_\_\_\_

**Bringen Sie bitte zur Aufnahme eine Kopie vom Betreuungsausweis von Ihrem Betreuer mit.**

**Haben Sie einen Pflegegrad?**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

In folgenden Bereichen benötige ich im Alltag Unterstützung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AKTUELLE BESCHWERDEN****Welche Krankheitszeichen (Symptome) beeinträchtigen Sie im Alltag?**

Hauptbeschwerden:

\_\_\_\_\_ seit ca. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit ca. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit ca. \_\_\_\_\_

Nebenbeschwerden:

\_\_\_\_\_ seit ca. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit ca. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit ca. \_\_\_\_\_

Ihre Größe: \_\_\_\_\_ cm Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Trinken Sie Alkohol?**  Gar nicht  Gelegentlich  Täglich, oder fast täglich

Wie viel von den folgenden Getränken haben Sie in letzter Zeit im Schnitt pro Tag getrunken?

Bier: \_\_\_\_\_ Liter/Tag | Wein: \_\_\_\_\_ Liter/Tag | Likör (bis 30 % Alkohol): \_\_\_\_\_ Liter/Tag  
Hochprozentiges (über 30% Alkohol): \_\_\_\_\_ Liter/Tag

Gab es Zeiten, in denen Sie Alkohol in größeren Mengen getrunken haben?  Nein  Ja

Wenn ja, wann waren diese? \_\_\_\_\_

**Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal Drogen konsumiert?**  Nein  Ja, und zwar (Was? Wie viel? In welchem Zeitraum? Wie Häufig?): \_\_\_\_\_

Wenn Sie aktuell Drogen nehmen, wann haben Sie zuletzt konsumiert? \_\_\_\_\_

**Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt?**

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Wie häufig geschieht dies? \_\_\_\_\_

**Gab es Suizidversuche?**  Nein  Ja, in folgenden Jahren: \_\_\_\_\_

## EIGENANAMNESE

**Hat ambulante psychotherapeutische Behandlung stattgefunden?**  Nein

Ja, in den Jahren: \_\_\_\_\_

Aktuell seit: \_\_\_\_\_ mit bislang \_\_\_\_\_ Sitzungen

Dauer der Sitzungen: jeweils \_\_\_\_\_ min. Anlass: \_\_\_\_\_

**Hat fachärztlich ambulante Behandlung (Psychiater) stattgefunden?**  Nein

Ja, in den Jahren: \_\_\_\_\_

Aktuell seit: \_\_\_\_\_ Anlass: \_\_\_\_\_

**Hat tagesklinische / teilstationäre Behandlung stattgefunden?**  Nein

Ja, in den Jahren: \_\_\_\_\_ Anlass: \_\_\_\_\_

**Hat vollstationäre psychosomatische Behandlung stattgefunden?**  Nein

Ja, in den Jahren: \_\_\_\_\_ Anlass: \_\_\_\_\_

**Haben Psychiatrieaufenthalte stattgefunden?**  Nein

Ja, in den Jahren: \_\_\_\_\_ Anlass: \_\_\_\_\_

**Haben psychosomatische Rehabilitationsbehandlungen stattgefunden?**  Nein

Ja, in den Jahren: \_\_\_\_\_ Anlass: \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie Vorbefunden dieser Behandlungen bei.**

**Haben Sie aktuell einen Reha-Antrag gestellt?**
 Nein |  Ja:  abgelehnt  läuft noch  bewilligt

Falls ja: welche Art von Reha streben Sie an? \_\_\_\_\_

**Haben Sie aktuell einen Renten-Antrag gestellt?**
 Nein |  Ja:  abgelehnt  läuft noch  bewilligt

**Wurden Sie in der Vergangenheit in einer psychiatrischen Klinik oder durch einen psychiatrischen Facharzt wegen einer schizophrenen / schizoaffektiven Psychose oder einer manisch-depressiven (bipolaren) Erkrankung behandelt?**
 Nein  Ja

**Wurden Sie in der Vergangenheit in einer psychiatrischen Klinik oder durch einen psychiatrischen Facharzt wegen einer Suchterkrankung behandelt?**
 Nein  Ja

| Diagnose | Psychotherapie | Medikation | Stationär in folgendem Krankenhaus | von – bis |
|----------|----------------|------------|------------------------------------|-----------|
|          |                |            |                                    |           |
|          |                |            |                                    |           |
|          |                |            |                                    |           |
|          |                |            |                                    |           |
|          |                |            |                                    |           |

**FAMILIENANAMNESE**
**Ihr Vater:** Alter: \_\_\_\_\_ Jahre | Verstorben?  Nein  Ja

somatische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

psychische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Ihre Mutter:** Alter: \_\_\_\_\_ Jahre | Verstorben?  Nein  Ja

somatische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

psychische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Ihre Geschwister:** Anzahl: \_\_\_\_\_ | Alter (von – bis): \_\_\_\_\_ Jahre | Verstorben?  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

somatische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

psychische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Gibt es weitere wichtige Vorerkrankungen innerhalb der Blutsverwandschaft?**

\_\_\_\_\_

**Waren blutsverwandte Familienmitglieder an einer schizophrenen/schizoaffektiven Psychose oder bipolaren (manisch-depressiven) Störung erkrankt?**  Nein  Ja

**Sind bei blutsverwandten Familienmitgliedern Suchterkrankungen bekannt?**  Nein  Ja

## VEGETATIVE ANAMNESE

**Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten stark verändert?**

Nein  Ja, \_\_\_\_\_ kg zugenommen  Ja, \_\_\_\_\_ kg abgenommen

**Wie ist Ihr Appetit?**  Übermäßig  Gut  Leicht vermindert  Stark vermindert

**Kommt es zu Essanfällen?**  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_ mal pro Woche

**Kommt es dabei zu Erbrechen?**  Nein  Ja

**Wie ist Ihr Durst?**  Vermehrt  Normal  Vermindert

**Wie viele Liter trinken Sie am Tag?** \_\_\_\_\_ Liter

**Wasserlassen:** \_\_\_\_\_ mal tagsüber | \_\_\_\_\_ mal während der Nacht |  Ohne Beschwerden  Mit Beschwerden

**Stuhlgang:**  Regelmäßig  Verstopft  Durchfall, \_\_\_\_\_ mal am Tag

**Wie ist Ihr Schlaf?**  Gut  Einschlafschwierigkeiten  Durchschlafschwierigkeiten

**Wie ist Ihr Schlafbedürfnis?**  Übermäßig  Normal  Vermindert

**Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?** \_\_\_\_\_ Stunden

**Üben Sie regelmäßigen Sport aus?**  Nein  Ja

Welchen? \_\_\_\_\_ Wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag \_\_\_\_\_ Pfeifen, Zigarren, Zigarillos am Tag

**Haben Sie Allergien?**  Nein  Ja

Bitte geben Sie sämtliche Allergien an: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gibt es Speisen, die Sie nicht vertragen?**  Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Gibt es für Sie Probleme im sexuellen Bereich?**  Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

| Name des Medikamentes<br>und Dosis (z.B. mg) | Anzahl/Menge |         |        |        | wirksam? | verträglich? |
|--|--------------|---------|--------|--------|----------|--------------|
|  | morgens      | mittags | abends | nachts |          |              |
|  |              |         |        |        |          |              |
|  |              |         |        |        |          |              |
|  |              |         |        |        |          |              |
|  |              |         |        |        |          |              |
|  |              |         |        |        |          |              |
|  |              |         |        |        |          |              |

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die nicht verordnet wurden?**  Ja  Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikationsplan hinzu (erhältlich bei Ihrem Hausarzt).**

**GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE**

**Wann war Ihre erste Regelblutung?** \_\_\_\_\_ **Wann war die letzte?** \_\_\_\_\_

Verläuft Ihr Zyklus regelmäßig?  Ja  Nein, und zwar: \_\_\_\_\_

**In welchen Jahren hatten Sie Geburten?** \_\_\_\_\_

Kam es dabei zu Komplikationen?  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Fehlgeburten?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ mal

Die letzte gynäkologische Untersuchung war am \_\_\_\_\_ und hatte folgendes Ergebnis:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SOZIALANAMNESE**

**Wie und mit wem wohnen Sie zurzeit?** (Wohnung, Haus, Miete/Eigentum; Partner, Kinder; andere relevante Angaben)  
 \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihr Familienstand?** (verheiratet; Partnerschaft; geschieden; andere Angaben) \_\_\_\_\_

**Was sind Aktivitäten und Interessen (Ressourcen), die Ihnen gut tun?**  
 \_\_\_\_\_

**Wie lange nutzen Sie Fernsehen bzw. Computer in der Freizeit?** \_\_\_\_\_ Stunden am Tag

**Nehmen Sie an einem ambulanten betreutem Wohnen teil?**  Nein  Ja

Name der zuständigen Sozialbetreuung: \_\_\_\_\_

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

**Ihr höchster Schulabschluss:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen?**  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Ich bin in Ausbildung zum: \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre berufliche Situation?**

Ich bin ...

**erwerbstätig**, und zwar  geringfügig beschäftigt  angestellt in Teilzeit  angestellt in Vollzeit  selbständig

**nicht erwerbstätig**, und zwar  Hausfrau  Altersrentner  Schüler

beziehe Erwerbsminderungsrente seit \_\_\_\_\_ befristet bis \_\_\_\_\_

aktuell arbeitslos und beziehe  Arbeitslosengeld I  Bürgergeld (ehem. Hartz IV)

**In welchem Bereich ist / war Ihre jetzige / letzte Arbeitsstelle?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Grad der Behinderung?**  Nein

Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ mit Zusatzmerkmalen \_\_\_\_\_

**Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?**  Nein  Ja, und zwar seit: \_\_\_\_\_

**BIOGRAPHISCHE ZUSAMMENHÄNGE**

**Ihre Mutter:**

Kontakt besteht, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Wie ist der Kontakt? \_\_\_\_\_

Kontakt besteht nicht seit: \_\_\_\_\_, weil \_\_\_\_\_

Zwei bis drei typische Eigenschaften: \_\_\_\_\_

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

**Ihr Vater:**

Kontakt besteht, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Wie ist der Kontakt? \_\_\_\_\_

Kontakt besteht nicht seit: \_\_\_\_\_, weil \_\_\_\_\_

Zwei bis drei typische Eigenschaften: \_\_\_\_\_

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

**Ihre Geschwister:**

Wie viele Geschwister haben Sie? \_\_\_\_\_

Kontakt besteht, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Wie ist der Kontakt? \_\_\_\_\_

Kontakt besteht nicht seit: \_\_\_\_\_, weil \_\_\_\_\_

**Bei wem sind Sie aufgewachsen?**

beide Eltern  nur Vater  nur Mutter  Großeltern  Pflegeeltern  Heim

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Gab es einen Wechsel der Bezugspersonen?**

Nein  Ja, im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren von \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_

**Wie war die Atmosphäre zu Hause? (in Stichpunkten)**

\_\_\_\_\_

**Gab es jemanden, der Ihnen positiv begegnet ist? (auch Personen wie Mutter einer Freundin, Nachbarin, Lehrer, gleichaltrige Freunde, wichtige Tiere etc.)**

\_\_\_\_\_

**Gab/gibt es Partnerschaften? Wenn ja, geben Sie bitte die Daten in Jahreszahlen ihrer Beziehungen an:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wenn ja: erleben Sie Ihre aktuelle Beziehung als zufriedenstellend und unterstützend?**

Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kinder?**  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Wie alt sind diese?** \_\_\_\_\_

**Wie ist der Kontakt?** \_\_\_\_\_

**Gab es Traumatisierungen?**

Nein |  Ja, und zwar:  innerhalb der Familie  außerhalb der Familie  Heute besteht noch Kontakt

**Welche Art der Traumatisierung ist vorgefallen?**

körperliche Gewalt  sexuelle Gewalt  Naturkatastrophe  Unfall

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wenn Sie weiblich sind: Kommt für Sie ausschließlich eine Behandlung in einer weiblichen Psychotherapiegruppe in Frage?**

Nein  Ja

**Gab es besondere Belastungen im Leben, nach denen noch nicht gefragt wurde?**

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Bei welchen Belastungen sehen Sie Zusammenhänge zwischen ihrer Biographie und Ihren heutigen Beschwerden? (in Stichpunkten)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IHRE BEHANDLUNGSZIELE**

**Wenn die Behandlung für mich gut verläuft, dann werde ich zum Ende meines Aufenthaltes in der Klinik ...**  
(bitte den Satz vervollständigen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE!**

**Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern hier die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.