

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.

Bei Erwachsenen**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.**Bei Minderjährigen:** Wer hat das Sorgerecht? _____**Haben Sie einen Pflegegrad?** nein ja, und zwar: _____

In folgenden Bereichen benötige ich im Alltag Unterstützung: _____

Benötigen Sie Hilfsmittel? (z. B. Rollator, Pflegebett, Toilettensitzerhöhung, etc.) nein ja, und zwar: _____**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?): _____

Wann haben Sie zuletzt welche Drogen in Welcher Menge 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

Welche Erkrankungen hatten Sie in der Vergangenheit?

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: _____

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: _____

Derzeitige Medikation

Name des Medikamentes 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

Ihr höchster Schulabschluss: _____

Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen? Nein Ja, und zwar: _____

Ich bin in Ausbildung zum: _____

Ich bin Schüler, Klasse: _____ Schulform: _____

Wie ist Ihre berufliche Situation?

Ich bin ...

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

nicht erwerbstätig, und zwar Hausfrau/mann Altersrentner Schüler

beziehe Erwerbsminderungsrente seit _____ befristet bis _____

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

Welche berufliche Tätigkeit haben Sie zuletzt ausgeübt? _____

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)? Nein

Ja, in Höhe von _____ mit Zusatzmerkmalen _____

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig/schulunfähig? Nein Ja, und zwar seit: _____

Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten auf Grund psychischer Probleme arbeitsunfähig/schulunfähig?

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)

INFORMATIONEN FÜR UNSERE AUFNAHMEABTEILUNG

Die folgenden Angaben haben Sie zum Teil schon einmal im Fragebogen ausgefüllt. Wir bitten Sie dennoch um die erneute Angabe, damit wir für Sie die Zimmerbelegung optimal planen können:

Ihr Gewicht: _____

Ihre Größe: _____

Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B.: Rollator, Pflegebett, Toilettensitzerhöhung etc.)?

Nein Ja, und zwar: _____

Benötigen Sie ein behindertengerechtes Zimmer?

Nein Ja (bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Behindertenausweises bei)

Haben Sie eine Allergie und benötigen deswegen ein Zimmer ohne Teppichboden?

Nein Ja (bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung bei)

VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE!