

**Bitte unbedingt ausfüllen:**

\_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

(Straße)

\_\_\_\_\_

(PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_

(Telefon-Nr.)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

Ergänzt:

am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
(Therapeut)

am \_\_\_\_\_ durch... \_\_\_\_\_  
(Arzt)

## Anmeldebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie sind in der Parkland-Klinik zu einer stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung angemeldet. 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.

**Wie wurde die Krankenhausbehandlung in unserer Klinik angeregt?**

- Durch Indikationsstellung meines Hausarztes.
- Durch Indikationsstellung meines ambulanten Psychotherapeuten.
- Durch Indikationsstellung meines Psychiaters/FA für Psychosomatische Medizin.
- Als Verlegung aus teilstationärer Behandlung.
- Als Verlegung aus vollstationärer Behandlung.
- Als Verlegung aus rehabilitativer Behandlung.

## **Aktuelle Beschwerden:**

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

Hauptbeschwerden:

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

Nebenbeschwerden:

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

## **Eigenanamnese:**

**Hat ambulante psychotherapeutische Behandlung stattgefunden?**  Nein.

- Ja, und zwar seit / von - bis \_\_\_\_\_ mit bislang \_\_\_\_\_ Sitzungen;  
Dauer der Sitzungen: jeweils \_\_\_\_\_ min. Anlass: \_\_\_\_\_.  
Ergebnis der Behandlung:  verbessert;  kein Effekt;  verschlechtert

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

- Ja, und zwar seit / von - bis \_\_\_\_\_; Anlass: \_\_\_\_\_.  
Ergebnis:  verbessert;  kein Effekt;  verschlechtert

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

- Ja, und zwar seit / von - bis \_\_\_\_\_; Anlass: \_\_\_\_\_.  
Ergebnis:  verbessert;  kein Effekt;  verschlechtert

**Falls Behandlungen mehrfach stattgefunden haben, bitte Art der Behandlung, Daten und Diagnosen hier notieren:**

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

Hat Rehabilitationsbehandlung stattgefunden?  Nein.

Ja, und zwar seit / von - bis \_\_\_\_\_; Anlass: \_\_\_\_\_.

Ergebnis:  verbessert;  kein Effekt;  verschlechtert

Haben Sie aktuell einen Reha-Antrag gestellt?

Nein. Ja,  abgelehnt;  läuft noch;  bewilligt.

Haben Sie aktuell einen Renten-Antrag gestellt?

Nein. Ja,  abgelehnt;  läuft noch;  bewilligt.

Welche Erkrankungen hatten Sie in der Vergangenheit?

Diagnose	Psychotherapie	Medikation	Stationär in folgendem Krankenhaus	von – bis

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.

### Familienanamnese:

Ihr Vater:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre. Verstorben?  Nein.  Ja. Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Ihre Mutter:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre. Verstorben?  Nein.  Ja. Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Ihre Geschwister:**

Anzahl: \_\_\_\_\_; Alter (von – bis): \_\_\_\_\_ Verstorben?  Nein.  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

**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:**

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

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten drei 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.

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

Wie viel von 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.

**Rauchen Sie?**  Nein.

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag. \_\_\_\_\_ Pfeifen, Zigarren, Zigarillos am Tag.

**Haben Sie im letzten halben Jahr Drogen zu sich genommen?**  Nein.

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

**Sind Allergien bekannt?**  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?**  Nein.

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

## **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.

Haben Sie Schwangerschaftsabbrüche vornehmen lassen?  Nein.  Ja, \_\_\_\_\_ mal.

**Die letzte gynäkol. 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.

**Haben Sie eine rechtliche Betreuung?**  Nein.  Ja.

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

**Nehmen Sie an einem ambulanten betreuten 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 zur/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/-mann;  Altersrentner/-in;  Schüler/-in.
- aktuell arbeitslos und beziehe  Arbeitslosengeld I;  Arbeitslosengeld II (Hartz IV).

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

**Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?**  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:**

**1.)** Altersabstand: +/- \_\_\_\_\_ Jahre. Geschlecht? \_\_\_\_\_. Halbgeschwister? \_\_\_\_\_

- Kontakt besteht, Häufigkeit: \_\_\_\_\_. Wie ist der Kontakt? \_\_\_\_\_
- Kontakt besteht nicht seit \_\_\_\_\_, weil \_\_\_\_\_

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

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

2.) Altersabstand: +/- \_\_\_\_\_ Jahre. Geschlecht? \_\_\_\_\_. Halbgeschwister? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

(Bitte bei mehreren Geschwistern entsprechend mehrfach angeben, ggf. Zusatzblatt nutzen.)

**Ihre Großeltern:** (wenn sie als Bezugspersonen wichtig waren)

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

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

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

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

**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 \_\_\_\_\_.

**Haben Sie einen Kindergarten besucht?**

Nein.  Ja, ab \_\_\_\_\_ Jahren.

**Ab wann haben Sie die Schule besucht?** Ab \_\_\_\_\_ Jahren.

Regulär durchlaufen?  Ja.  Nein, weil \_\_\_\_\_.

**Durch wen oder was wurde Ihre Berufswahl motiviert?**

\_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wann und unter welchen Umständen sind Sie von zu Hause ausgezogen?**

\_\_\_\_\_



**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?** \_\_\_\_\_

Wann war Ihre erste Beziehung? \_\_\_\_\_

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 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)

---

---

**Was würden Sie im Alltag/ in Ihrem Leben tun, wenn Sie die Beschwerden jetzt nicht hätten?**

---

---

**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!