

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte versuchen Sie, uns die folgenden Fragen möglichst konkret zu beantworten. Wir können uns dann schon vor der Therapie auf Ihre Bedürfnisse einstellen und mögliche Schwerpunkte für die Therapie vorsehen.

Name: _____ Straße: _____
Ort: _____ Telefon: _____ Geburtsdatum: _____
Einweisender Arzt/Ärztin mit Tel.-Nr.: _____
Krankenkasse: _____ Private Zusatzversicherung: nein ja bei: _____
Rentenversichert: nein ja bei: _____

1. Liegt bereits die Kostenzusage Ihrer Krankenkasse vor?

2. Falls nein, haben Sie bereits Schritte zur Kostenübernahme unternommen?
(Krankenhauseinweisung durch behandelnden Arzt/ Vorlage der Einweisung bei der Krankenkasse)

3. Wie (durch wen) haben Sie von unserer Klinik erfahren?

4. Sind Sie vertraut mit unserem Behandlungskonzept, insbesondere unseren besonderen Therapeutischen Vereinbarungen? Sinn dieser Vereinbarungen ist es, die therapeutische, der seelischen Heilung dienende Arbeit zu unterstützen (zu diesen Vereinbarungen zählen für die Dauer des stationären Aufenthaltes u. a. Verzicht auf TV, Radio, Nikotin und Alkohol)

5. Können Sie sich vorstellen, mit diesen Vereinbarungen für sich zu arbeiten?

6. Wo erwarten Sie für sich die meisten Schwierigkeiten – welche besonderen Therapeutischen Vereinbarungen können Sie am wenigsten akzeptieren?

7. Welche Wünsche haben Sie an die Behandlung? (Bitte beschreiben Sie Ihre Behandlungsziele möglichst konkret!)

8. Sind Sie krankgeschrieben? Seit wann? Aus welchem Grund?

9. Haben Sie einen Antrag auf Rente/Teilrente gestellt?

10. Welche Medikamente nehmen Sie momentan? (Bitte vollständige Aufzählung!) Menge? Seit wann? Von wem verschrieben?

11. Größe und Gewicht: _____

12. Beschreiben Sie Art und Menge des von Ihnen konsumierten Alkohols.

13. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, sind Sie bereit, auf Nikotin ab Aufnahme im Rahmen unserer besonderen Therapeutischen Vereinbarungen zu verzichten? _____

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

15. Haben Sie schon einmal Drogen eingenommen? Welche? Zeitraum? Menge?

16. a) Haben Sie schon Selbstmordversuche unternommen? Wenn ja, wann und auf welche Art? Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken?

16. b) Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt?

16. c) Fühlen Sie manchmal in sich die Gefahr, Gewalt gegen andere auszuüben?

16. d) Kam es in der Vergangenheit zur Anwendung von Gewalt gegen andere?

17. Waren Sie schon in psychotherapeutischer oder in psychiatrischer Behandlung?

Ambulant

von biswegen _____

von biswegen _____

Stationär

von bis..... wegen _____ Klinik _____

von bis wegen _____ Klinik _____

18. Welche Diagnosen wurden von bisherigen Ärzten/Therapeuten gestellt?

19. Wurden in der Vergangenheit die Diagnose einer Psychose gestellt (Schizophrenie, manische Psychose) ja nein

20. Haben Sie sich momentan noch in einer anderen Klinik beworben?

Ja, in _____

Nein

21. Haben Sie Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen? Wenn ja, mit welchen?

22. Liegen bei Ihnen behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen vor?

Datum

Unterschrift