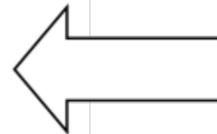


Schön Klinik Tagesklinik Hamburg
Tagesklinik für Psychotherapeutische Psychiatrie
Weidestraße 122 B / Osterbekstraße 90 B
22083 Hamburg

**Bitte an nebenstehende
Anschrift ausgefüllt
zurücksenden**

Fax: 040 6964602-211
oder
TagesklinikHamburg
@schoen-klinik.de



Anmeldebogen Psychiatrische Tagesklinik

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort _____

Krankenkasse: _____ Wahlleistung 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. _____

wird von der Tagesklinik ausgefüllt

Datum, Eingang med. Prüfung: _____ 0 PPTK 0 TK 50 +

Fragebogen gesichtet von: _____ Datum: _____

Vorgespr.: Dat.: _____ Therapeut/in: _____

Sonstiges: _____

_____ Aufnahme:

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 das ärztliche und therapeutische Team sowie 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** _____

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

1. Angaben zu aktuellen Beschwerden

1.1. Unter welchen **seelischen** Beschwerden leiden Sie zur Zeit?

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

1.2. Haben Sie bereits **psychische** Diagnosen erhalten? bitte eintragen

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

1.3. Welche **körperlichen** Krankheiten bestehen oder bestanden?

- _____
- _____
- _____

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

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Gewicht

0 ja

0 nein, weil _____

1.5. 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:

1.6. Denken Sie aktuell ernsthaft darüber nach, sich das **Leben zu nehmen**? 0 nein 0 ja

1.7. Haben Sie jemals einen **Suizidversuch** unternommen?

0 nein

0 ja, wann fand der letzte Versuch statt? _____

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

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

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

3.4. Haben Sie **Kinder**? Alter / Geschlecht 0 keine Kinder

3.5. Wie ist Ihre aktuelle **Lebens- / Wohnsituation**?

0 allein 0 mit Partner/in 0 mit Eltern 0 allein mit Kind (ern) 0 in einer WG

0 keine Wohnung 0 in einer Institution _____

3.6. Haben Sie **Schulden**? 0 nein 0 ja, ca. _____ €

3.7. Ihr höchster **Schulabschluss**:

0 Haupt- / Volksschulabschluss 0 Realschulabschluss 0 Fachabitur / Abitur

0 Abschluss – Polytechnische Oberschule 0 abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium

0 sonstiges: _____

3.8. Ihr höchster erreichter **Berufsabschluss**:

0 abgeschlossene Lehre 0 Hochschulabschluss 0 kein Berufsabschluss

3.9. Ihr aktueller **beruflicher** Status,
erwerbstätig:

0 selbstständig erlernter Beruf: _____

0 mithelfende/r Familienangehörige/r

0 Beamter/in

0 Angestellte/r aktuelle Tätigkeit: _____

0 Arbeiter/in

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 _____

Sind Sie **berentet**?

0 nein

0 Rentenwunsch

0 laufendes Rentenverfahren

0 ja, Altersrente

0 ja, Zeitrente

4. Aktuelle Lebenssituation

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

0 nein

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

4.2. Wie würden Sie Ihre **Freundschaften** beschreiben (haben Sie viele Freundschaften, wenige oder keine)?

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

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

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

4.6. Was gibt es **Positives in Ihrem Leben**, was sind Ihre **Ressourcen**?

5. Lebensgeschichtliche Entwicklung

5.1. 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?

5.2. Wie war die **Beziehung zwischen den Eltern**?

5.3. Wie würden Sie generell das **Familienklima** beschreiben?

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

Wie ist die **Beziehung zu Ihren Geschwistern**?

5.5. Benennen Sie bitte die **wichtigsten positiven und belastenden Ereignisse** in Ihrem Leben, die die Krankheitsentwicklung beeinflusst haben könnten.

positive Ereignisse	belastende Ereignisse

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

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

5.8. Haben Sie **Ausgrenzung** erfahren, z.B. aufgrund Ihrer Herkunft, sexuellen Orientierung oder Ihres Geschlechts?
 nein
 ja, welcher Art?

6. Medikamente / Substanzkonsum

6.1. Bitte geben Sie an, welche der folgenden **Substanzen** Sie früher, im letzten ½ Jahr und zuletzt eingenommen haben.

Was wurde/wird konsumiert?	Menge früher: (in letzten 5 Jahren)	Menge im letzten ½ Jahr: (durchschnittlich <u>pro Wo.</u>)	Letzter Konsum:
Drogen (bitte nennen)			
Alkohol (bitte nennen)			
Beruhigungsmittel (bitte nennen)			
Nikotin (bitte nennen)			

6.2. Machen Sie sich **Sorgen** um Ihren Konsum von:

Drogen	0 nein	0 ja
Alkohol	0 nein	0 ja
Medien / Computer	0 nein	0 ja

Wie Stunden verbringen Sie in Ihrer Freizeit der Regel im Internet / am PC / in sozialen Netzwerken u.a.

durchschnittliche Std. / am Tag _____

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

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

7. Erwartungen

7.1. Bitte formulieren Sie **3 Ziele**, die Sie in der tagesklinischen Behandlung erreichen möchten.

7.2. Wie haben Sie **bisher** versucht sich zu behelfen? (z.B. autogenes Training, Lesen psychologischer Literatur, Selbsthilfegruppen usw.)

7.3. **Wie wichtig** ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Behandlung **berücksichtigt werden**? Bitte kreuzen Sie je nach der Wichtigkeit die einzelnen Punkte an.

	un- wichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig	vor- dringlich
anhaltende Traurigkeit / Depression	0	0	0	0	0
Ängste / Panikattacken	0	0	0	0	0
Essstörung /Über-/Untergewicht	0	0	0	0	0
körperliche Beschwerden	0	0	0	0	0
Tinnitus	0	0	0	0	0
niedergedrückte Stimmung	0	0	0	0	0
Stressregulation	0	0	0	0	0
sozialer Rückzug / Gehemmtheit bei Sozialkontakten	0	0	0	0	0
Zwangsgedanken/-handlungen	0	0	0	0	0
ADHS(Aufmerksamkeits-Defizid-Hyperaktivitäts-Störung)	0	0	0	0	0
Trauma / Posttraumatische Belastungsstörung	0	0	0	0	0
Umgang mit Anspannung /Selbstverletzungsdruck	0	0	0	0	0
chronische Schmerzen	0	0	0	0	0
Sexualität	0	0	0	0	0
berufliche Leistungsfähigkeit	0	0	0	0	0
Sonstiges:	0	0	0	0	0

7.4. Gibt es **Befürchtungen** im Kontakt mit dem therapeutischen Team?

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt: 0 von mir selber 0 von jemand anderen

Vielen Dank

Seite 11 von 11