

Auskunftsbogen

Damit wir uns von Ihren seelischen und körperlichen Beschwerden ein Bild machen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Der Fragebogen ist **freiwillig**, für uns bedeutsame Frage haben wir mit einem Sternchen (*) markiert. Falls Sie Interesse an einer Aufnahme in unserer Klinik haben, geben Sie uns diesen Fragebogen bitte am Ende des Vorgesprächs zurück oder senden Sie ihn uns nachträglich per Post zu.

1. Fragen zur Person*

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- getrennt lebend
- mit Partner: in

Wohnsituation

- bei den Eltern lebend
- mit Partner*in
- alleinlebend
- betreutes Wohnen
- mit Kind/ern
- Pflegeheim
- stationäres Wohnen offen
- stationäres Wohnen geschlossen

Anzahl und Alter des Kindes/der Kinder:

Beruf*:

Krankenkasse*:

Falls Sie privat versichert sind, bitte wir Sie am Aufnahmetag eine Kostenübernahmeerklärung Ihrer privaten Krankenversicherung mitzubringen.

Hausarzt*: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

Psychiater/Psychologe*:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

Wen dürfen wir zum Austausch von Informationen oder in einem Notfall kontaktieren?

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

In welcher Beziehung stehen Sie zur Kontaktperson?

Dürfen wir mit Ihrer Kontaktperson uneingeschränkt kommunizieren oder gibt es Einschränkungen?

Möchten Sie für einen telefonischen Kontakt mit Ihrer Kontaktperson ein Passwort zur Identifizierung der Kontaktperson vereinbaren? Falls ja, welches:

Bitte denken Sie daran, das Passwort ihrer Kontaktperson mitzuteilen, ansonsten kann kein Informationsaustausch stattfinden.

Besteht eine rechtliche/gesetzliche Betreuung?*

Ja

Nein

Falls ja, bitte geben Sie den Namen, die Adresse und die Telefonnummer an:

Besteht eine Schwerbehinderung?*

Ja

Nein

Besteht ein Pflegegrad?*

- Ja, Stufe: _____
 Nein

Sind Sie Zuzahlungsbefreit?*

- Ja
 Nein

2. Sind Sie in regelmäßiger psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?*

- Ja
 Nein

Falls ja, bitte bringen Sie alle Ihnen vorliegenden Vorbefunde mit. (Briefe, MRT, EKG, CT, Laborwerte)

3. Welchen Schulabschluss haben Sie?

- Sonderschule
 Hauptschule
 Realschule
 Gymnasium
 Fachschule/Fachoberschule
 Fachhochschule
 Hochschule
 Sonstige Schulen: _____

4. Sind Sie zurzeit:

- arbeitssuchend?
 krankgeschrieben?
 erwerbsunfähig?

5. Gab es bereits Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik?*

- Ja
 Nein

Wenn ja, wo, wann, wie lange und weshalb?

6. Bestehen bei Ihnen Allergien (z.B. gegen Nahrungsmittel oder Medikamente)?*

- Ja Gegen: _____
 Nein

Falls bei Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit besteht, bitten wir Sie zur stationären Aufnahme ein Attest von ihrem behandelten Hausarzt/Gastroenterologen/Allergologen mitzubringen.

7. Sind in Ihrer Familie oder bei Ihnen folgende Erkrankungen aufgetreten:*

- Probleme mit Alkohol
 Probleme mit Medikamenten
 Probleme mit Drogen
 Psychische Erkrankungen

8. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?*

- Ja
 Nein

Wenn möglich, bringen Sie bitte einen gültigen Medikamentenplan zum Klinikvorgespräch mit. Diesen bekommen Sie von Ihrem Hausarzt.

9. Aus welchem Grund sind Sie heute bei uns? Bitte beschreiben Sie in kurzen Sätzen.

10. Haben Sie Ziele, die Sie während Ihres Aufenthaltes erreichen möchten?

11. Benötigen Sie aus krankheitsbedingten Gründen ein Einzelzimmer?*

- Ja _____
- Nein

Bitte beachten Sie, dass sich die Aufnahme bei Wunsch eines Einzelzimmers deutlich verzögern kann, da wir Sie nicht für die Doppelzimmerbelegung berücksichtigen werden.

12. Besitzen Sie einen eigenen Behandlungsvertrag?*

- Ja
- Nein

Falls ja, bitte bringen Sie diesen zum Klinikvorgespräch mit.

13. Haben Sie noch offene Fragen?

Ort und Datum

Unterschrift