

Aufnahmefragebogen



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung in unserer Klinik entschieden haben.

Wir möchten die Therapieangebote in unserem Haus bestmöglich und individuell für Sie vorbereiten. Dafür benötigen wir von Ihnen weitere umfassende Angaben, welche uns und Ihnen den Einstieg in die Therapie erleichtern.

Für die Kostenübernahme einer stationären Behandlung wird vom Gesetzgeber eine Einweisung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder eines Allgemeinmediziners bzw. Hausarztes eingefordert.

Des Weiteren wird eine ausreichende Schwere bzw. Akuität der Erkrankung, eine unklare Diagnose und/oder eine erfolglose ambulante Therapie nach Ausschöpfung aller ambulant möglichen Maßnahmen vorausgesetzt.

Um Sie bei der Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse unterstützen zu können, benötigen wir von Ihnen Angaben zu den erfolgten Therapien der letzten Monate.

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten möglichst vollständig. Wenn der vorgesehene Platz dafür nicht ausreichen sollte, können Sie am Ende des Bogens mit Angaben der Nummer/Zugehörigkeit der Frage weitere Ergänzungen vornehmen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Ihr Team der Vincera Klinik Bad Waldsee

Hinweis: Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur intern den zuständigen Ärzten bzw. Psychotherapeuten im Rahmen der Therapie zur Verfügung gestellt.

Vincera Klinik Bad Waldsee GmbH
Badstraße 28
D-88339 Bad Waldsee
Tel.: +49 (0) 7524 990 222
Fax: +49 (0) 7524 990 233
www.vincera-klinik-bad-waldsee.de
info.bad-waldsee@vincera-kliniken.de

Geschäftsführer: B. Müller, J. van der Valk
Ust. IdNr. DE321135221
Amtsgericht Ulm · HRB 737304
Volksbank Raiffeisenbank
Laupheim Illertal eG
IBAN DE11 6549 1320 0100 9590 08
BIC GENODES1VBL

einzigartig
und individuell

Aufnahmefragebogen

Persönliche Angaben:

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Wie groß sind Sie? _____ m

1. Wie viel wiegen Sie aktuell? _____ kg

2. Gab es eine Gewichtszunahme/ -abnahme/ -schwankungen in den letzten Monaten?

(+) (-) _____ kg

Seit wann? _____

Wenn bekannt, wodurch? _____

3. Leiden Sie an bekannten (evtl. chronischen) **körperlichen Erkrankungen**?

Angabe bitte auch seit wann.

4. Ist Ihre **Selbständigkeit eingeschränkt** und/oder benötigen Sie im Alltag fremde Hilfe?

5. Haben Sie eine **schwere** Hörbehinderung?

(Hinweis: Die Teilnahme an Therapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen)

Nein

Ja

Aufnahmefragebogen

Medikation:

6. Nehmen Sie **Psychopharmaka** ein? Bitte auch abgebrochene Behandlungsversuche besonders wenn diese in den letzten Monaten erfolgten.

aktuell früher

Zeitraum:

Präparat:

Dosierung:

Falls beendet, warum?:

aktuell früher

Zeitraum:

Präparat:

Dosierung:

Falls beendet, warum?:

7. Nehmen Sie aktuell andere wichtige **verschreibungspflichtige** Medikamente ein ?

Präparat: Einnahme seit:

Präparat: Einnahme seit:

Präparat: Einnahme seit:

8. Nehmen Sie Medikamente (z.B. Beruhigungsmittel, Homöopathische Mittel, Nahrungsergänzungsmittel) ohne Verordnung oder abweichend von der ärztlichen Verordnung ein ?

Nein Ja

Nein Ja

Aufnahmefragebogen

Konsum von Genuss-/Suchtmitteln:

9. Nahmen Sie in den letzten Wochen und Monaten Cannabis, Amphetamine oder andere Drogen ein?

Nein Ja

wenn Ja: Art: _____

Häufigkeit: _____

10. Bitte beschreiben Sie Ihre regelmäßige Trinkmenge Alkohol pro Woche.

gemäßigter und unregelmäßiger Alkoholkonsum
(weniger als z.B. 1 Liter Bier pro Woche)

_____ Liter Bier pro Woche durchschnittlich im letzten Jahr;
_____ Liter Bier pro Woche in den letzten Wochen

_____ Liter Wein pro Woche durchschnittlich im letzten Jahr;
_____ Liter Wein pro Woche in den letzten Wochen

_____ Liter Spirituose pro Woche durchschnittlich im letzten Jahr;
_____ Liter Spirituose pro Woche in den letzten Wochen

11. Können Sie während des stationären Aufenthaltes auf Alkohol verzichten?

Nein Ja

12. Konsumieren Sie Nikotin?

Nein Ja

wenn Ja: durchschnittliche Anzahl der Zigaretten pro Tag _____

Aufnahmefragebogen

Bisherige Behandlungen:

13. Waren Sie bisher schon in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

Jahr	Klinik	Ort	Anlass/Diagnosen	Dauer in Wochen

Wir bitten wenn vorhanden um eine Kopie der Abschlussberichte.

14. Waren Sie oder sind Sie aktuell in einer ambulanten Psychotherapie?

Ja Bitte Angabe von:
Name, Ort, Facharzttitel, Zeitraum, Anzahl, Stunden,
Anlass und Behandlungsdiagnosen, Therapierichtung VT/ TP/ Analyse)

Nein Bitte kurze Begründung: (Versorgungsengpass, nicht mehr von
der Krankenkasse bewilligt, Therapie abgebrochen oder ähnliches)

Wir bitten um einen Befundbericht des aktuellen ambulanten Behandlers.

Aufnahmefragebogen



15. Sind Sie bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/ Neurologie in Behandlung?

Bitte um Angabe von Name, Ort, Facharzttitel, Zeitraum.

Aktuelle Beschwerden und Symptomgeschichte:

16. Wegen welcher psychischen Beschwerden und Symptome kommen Sie zur stationären Therapie?

Bitte beschreiben Sie zunächst stichwortartig die wichtigsten Beschwerden und Symptome, welche in den letzten vier Wochen anhaltend vorhanden waren.
Bitte ggf. auch Dauer, Entwicklung und Verlauf angeben wenn diese schon länger als vier Wochen bestehen.

17. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

Nein Ja

Wenn Ja: in welchem Jahr? _____

Aufnahmefragebogen

- 18.** Beschreiben Sie nun stichwortartig weitere relevante psychische Beschwerden und Symptome der letzten Monate ggf. Jahre, auch wenn diese in den letzten vier Wochen nicht aufgetreten sind.
Bitte Dauer, Entwicklung und Verlauf angeben.

- 19.** Was waren/sind Ihrer Meinung nach die Auslöser für Ihre aktuellen Beschwerden und Symptome?

- 20.** Schildern Sie kurz Ihre wesentlichen aktuellen Belastungen/Beeinträchtigungen in Ihrem Leben, Partnerschaft, Beruf, Krankheit, Tod von Angehörigen,.....

Aufnahmefragebogen

Wichtige soziobiographische Angaben:

21. Welchen Beruf üben Sie aktuell aus?

_____ seit wann? _____

22. Sind Sie aktuell arbeitsunfähig?

Nein Ja, seit _____

23. Waren Sie in den letzten 12 Monaten wiederholt bzw. länger arbeitsunfähig?

Nein Ja

wenn Ja: Dauer: _____

Anlass: _____

24. Beruflicher Werdegang

Benennen Sie uns bitte kurz Ihren beruflichen Werdegang, höchster Schulabschluss, ggf. Universitätsabschluss bzw. Ausbildung(en), mit Zeiteinteilung.

Zeitraum/ Jahr	Schulabschluss/ Beruf/ Tätigkeit

Aufnahmefragebogen

25. Beziehen Sie eine Altersrente oder eine Erwerbsunfähigkeitsrente (ggf. auf Zeit) oder haben Sie einen Antrag dafür gestellt?

Nein Ja _____ seit _____

26. Haben Sie einen Antrag auf Behinderung der Erwerbsarbeit gestellt bzw. haben Sie einen Grad der Behinderung "GdB"?

Nein Ja GdB _____ %

Anlass: _____

27. Gibt es in Ihrer Familie bekannte, diagnostizierte psychische Erkrankungen?

Betrifft alle Personen mit biologischem Verwandtschaftsverhältnis (eigene Kinder, Eltern, Großeltern, Geschwister).

28. Beschreiben Sie Ihre familiäre Situation (Eltern, Geschwister) bzgl. Beruf, Alter, wie sie aufgewachsen sind und wie Ihre Beziehung war/ist (Kindheit/Jugend und aktuell).

Aufnahmefragebogen



29. Beschreiben Sie Ihre aktuelle Partnerschaft bzw. Ehe. Wie ist die Beziehung?
Ggf. auch relevante frühere Partnerschaften/Ehen kurz beschreiben.
Bitte Alter und Beruf des Partners jeweils mit angeben.

30. Haben Sie Kinder? Wie ist die Beziehung?
Bitte Anzahl, Alter, aus welcher Partnerschaft, Schule/Beruf angeben.

31. Was sind Ihre Therapieziele?

Aufnahmefragebogen



Sonstiges:

32. Sonstige wichtige Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

33. Wie sind Sie auf unsere Klinik Aufmerksam geworden?

Internet Wo?

Ggf. Suchbegriff:

Empfehlung Vewandte, Bekannte

Empfehlung Facharzt

Empfehlung Psychotherapeut

Sonstiges

Anzeige Wo?

Messe Welche?