

*Mit Kraft ins neue Leben*

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Wir möchten die Therapieangebote in unserem Haus vorab bestmöglich und individuell für Sie vorbereiten. Dafür brauchen wir von Ihnen weitere umfassende Angaben, welche uns und Ihnen den Einstieg in die stationäre 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 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. Falls der vorgesehene Platz dafür nicht ausreichen sollte, können Sie am Ende des Bogens mit Angabe der Nummer der Frage weitere Ergänzungen vornehmen.

### **Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

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

### **Persönliche Angaben:**

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

- Internet/ Falls ja, wo? \_\_\_\_\_
- Empfehlung Verwandte/Bekannte
- Empfehlung Facharzt
- Empfehlung Psychotherapeut



Sonstiges \_\_\_\_\_

1. Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ m

2. Wie viel wiegen sie aktuell? \_\_\_\_\_ kg

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

(+) (-) \_\_\_\_\_ kg

Seit wann? \_\_\_\_\_ Wenn bekannt, wodurch? \_\_\_\_\_

Gab es Gewichtszunahme/-abnahme/-schwankungen in den letzten Jahren?

(+) (-) \_\_\_\_\_ kg

Seit wann? \_\_\_\_\_ Wenn bekannt, wodurch? \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie an bekannten (eventuell chronischen) **körperlichen Erkrankungen**?  
Bitte auch angeben seit wann!

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Ist Ihre **Selbständigkeit eingeschränkt** und/oder benötigen Sie im Alltag fremde Hilfe? (Auch Rollstuhl und Gehhilfen).

Nein  Ja \_\_\_\_\_

5. Haben Sie eine schwere **Hörbehinderung**? (Hinweis: Die Teilnahme an Therapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

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

	Zeit- raum	Präparat	Dosierung	Falls beendet, warum?
<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher				
<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher				



<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher				
--	--	--	--	--

7. Nehmen Sie aktuell andere wichtige verschreibungspflichtige Medikamente ein?

Präparat	Einnahme seit

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

Nein  Ja Medikament: \_\_\_\_\_

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

Nein  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 Branntwein pro Woche durchschnittlich im letzten Jahr; \_\_\_\_\_ Liter Branntwein pro Woche in den letzten Wochen

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

Nein  Ja

12. Konsumieren Sie Nikotin?

Nein  Ja, durchschnittliche Anzahl der Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

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

Jahr	Klinik	Ort	Anlass/Diagnosen	Dauer in Wochen

Wir bitten (falls vorliegend) um eine Kopie der Abschlussberichte der Klinikaufenthalte.

14. Sind Sie aktuell oder waren Sie in der Vergangenheit in einer ambulanten Psychotherapie?

Nein (Bitte kurz begründen: Versorgungsengpass, nicht mehr von Krankenkasse bewilligt, Therapie abgebrochen, oder ähnliches)

---

---

Ja (Name, Ort, Facharzttitel, Zeitraum, Anzahl Stunden, Anlass und Behandlungsdiagnosen, Therapierichtung VT/ TP/Analyse)

---

---

---

---

Wir bitten um einen (kurzen) Befundbericht des aktuellen ambulanten Behandlers.

15. Sind Sie bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Neurologie/Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie (z.B. für die Behandlung mit Psychopharmaka) in Behandlung? (Name, Ort, Facharzttitel, Zeitraum)

---

---

16. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

- Nein       Ja (im Jahr \_\_\_\_\_)

17. 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 auflisten, wenn diese schon länger als vier Wochen bestehen.

---

---

---

---

18. Bitte beschreiben Sie nun stichwortartig weitere relevante psychischen Beschwerden und Symptome der letzten Monate (ggf. Jahre), auch wenn diese in den letzten vier Wochen nicht aufgetreten sind. Bitte auch hier Dauer, Entwicklung und Verlauf kurz ausführen.

---

---

---

---

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

---

---

---

20. Bitte schildern Sie kurz wesentliche aktuelle Belastungen/Beeinträchtigungen in Ihrem Leben (Partnerschaft, Beruf, Krankheit, Tod von Angehörigen,...).

---

---

---

21. Sind Sie aktuell arbeitsunfähig?

Nein       Ja, seit \_\_\_\_\_

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

Nein       Ja Dauer, Anlass: \_\_\_\_\_

23. Welchen Beruf üben Sie aktuell aus? Seit wann?

---

24. Bitte benennen Sie kurz relevante Stationen Ihres beruflichen Werdegangs mit grober zeitlicher Einordnung (höchster erreichter Schulabschluss, ggf. Universitätsabschluss bzw. Ausbildung(en), wichtige berufliche Stationen bis heute).

Zeitraum/ Jahr	Schulabschluss/ Beruf/ Tätigkeit

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

Nein       Ja \_\_\_\_\_, seit \_\_\_\_\_

26. Haben Sie einen Antrag auf Behinderung der Erwerbsarbeit gestellt bzw. haben Sie einen „GdB“?

Nein       Ja GdB \_\_\_\_\_%, Anlass: \_\_\_\_\_

27. Gibt es in Ihrer Familie bekannte bzw. diagnostizierte psychische Erkrankungen? Betrifft alle Personen mit biologischem Verwandtschaftsverhältnis (eigene Kinder, Eltern, Großeltern, Geschwister)

---

---

*Mit Kraft ins neue Leben*

---

---

28. Bitte beschreiben Sie ihre Herkunftsfamilie (Eltern, Geschwister) bzgl. Beruf, Alter, wie sie aufgewachsen sind und wie die Beziehung war/ist (Kindheit/Jugend und aktuell).

---

---

---

---

---

29. Bitte beschreiben Sie ihre aktuelle Partnerschaft (Ehe, Alter und Beruf der Partnerin/ des Partners) Wie ist die Beziehung? [Ggf. auch relevante frühere Partnerschaften/ Ehen kurz beschreiben]

---

---

---

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

---

---

---

31. Was sind Ihre Therapieziele?

---

---

---

*Mit Kraft ins neue Leben*

32. Sonstige wichtige Anmerkungen:

---

---

---