

Liebe*r Patient*in,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik! Bitte beantworten Sie folgende Fragen möglichst konkret, damit wir Ihre Behandlung vorbereiten und mögliche Schwerpunkte der Therapie vorsehen können.

A) Persönliche Daten

Name: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon mobil: _____ Beruf: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Status bei Trans- / Intersexualität: Geschlechtsangleichende Operation erfolgt? ja nein

B) Versicherung

Gesetzliche Krankenversicherung: _____

ggf. private Zusatzversicherung: _____

Einbettzimmer Zweibettzimmer Chefarzt-Behandlung

oder

Private Krankenversicherung: _____

Einbettzimmer Zweibettzimmer Chefarzt-Behandlung

ggf. Beihilfe: _____

Einbettzimmer Zweibettzimmer Chefarzt-Behandlung

C) Behandler*innen

Facharzt/Fachärztin: Name, Adresse, Telefon nicht vorhanden

Psychotherapeut*in: Name, Adresse, Telefon

nicht vorhanden

Hausarzt/Hausärztin: Name, Adresse, Telefon

nicht vorhanden

D) Sozialmedizinische Situation

Augenblicklich:

- berufstätig arbeitsunfähig seit _____ arbeitslos seit _____
 berentet unbefristet berentet befristet berentet bis _____

Im Verlauf einer längeren Erkrankung kann von Behandler*innen oder Versicherungen empfohlen werden, einen Rentenantrag zu stellen. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt oder planen Sie, einen Rentenantrag zu stellen?

- ja nein noch unschlüssig

Wir weisen darauf hin, dass wir als psychosomatische Akutklinik nur zu Erkrankungen Stellung nehmen können, jedoch keine Einschätzung bezüglich einer bestehenden Arbeitsfähigkeit über den stationären Aufenthalt hinaus abgeben und auch bei der Durchführung eines Rentenverfahrens nicht hilfreich sein können.

Haben Sie eine*n gesetzliche*n Betreuer*in?

- nein ja Wenn ja, für welche/n Bereich/e? _____

Aktenzeichen: _____ Name: _____

Telefonnummer: _____

Haben Sie laufende Rechtsstreitigkeiten?

- nein ja Wenn ja, welche? _____

E) Fragen zur Aufnahme

1. Aufgrund welcher im Vordergrund stehenden Schwierigkeit streben Sie einen Aufenthalt in unserer Klinik an? Aktueller Konflikt? (in Stichpunkten)

2. Waren/sind Sie in **psychotherapeutischer Behandlung (PT)** oder **psychiatrischer Behandlung (PS)**?

ambulant

nein ja, folgende:

PT PS von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

PT PS von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

PT Frequenz: wöchentlich alle 2 Wochen monatlich seltener

stationär

nein ja, folgende:

PT PS von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

PT PS von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

3. Wurde in der Vergangenheit die Diagnose einer Psychose gestellt? (z.B. Schizophrenie, manische Psychose)

nein ja, folgende _____

4. Liegen bei Ihnen behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen oder sonstige körperliche Besonderheiten / Einschränkungen vor?

5. Gab es stationäre Behandlungen oder Operationen?

nein ja

Diagnose(n) _____ Jahr _____

Diagnose(n) _____ Jahr _____

Diagnose(n) _____ Jahr _____

Diagnose(n) _____ Jahr _____

6. Hat es bei Ihnen in der *Vergangenheit* folgende Beschwerden oder Erkrankungen gegeben?

- Allergien nein ja folgende: _____
- Herz nein ja folgende: _____
- Blutgefäße nein ja folgende: _____
- Schilddrüse nein ja folgende: _____
- Lunge nein ja folgende: _____
- Nieren und Harnblase nein ja folgende: _____
- Leber/Galle nein ja folgende: _____
- Magen/Darm nein ja folgende: _____
- Augen nein ja folgende: _____
- Haut nein ja folgende: _____
- Wirbelsäule/Gelenke nein ja folgende: _____
- Neurologische Erkrankungen,
z.B. Schlaganfall nein ja folgende: _____
- Krebserkrankungen nein ja folgende: _____

7. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein (z.B. Immunsuppressiva, sog. Biologicals, Antikörper)? Bitte vollständige Aufzählung! Menge? Seit wann? Wir weisen darauf hin, Ihre Medikamente bitte selbst mitzubringen!

Ich nehme keine Medikamente

Medikamentenname und Dosis	Einnahmezeitpunkt und Anzahl	seit
z.B. MetoHexal 95 mg	1-0-0-0	Mai 2022
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. Gibt es nachgewiesene Allergien (z.B. Hausstaubmilben) (z.B. Laktose, Gluten)?

nein ja, folgende _____

8.1. Nahrungsmittelunverträglichkeiten

nein ja, folgende _____

Bei Nahrungsmittelunverträglichkeit lassen Sie uns bitte ein Attest zukommen.

9. Wünschen Sie vegane Kost? ja nein

9. Sind Sie vertraut mit unserem Behandlungskonzept, insbesondere unseren besonderen **Therapeutischen Vereinbarungen**? Sinn dieser Vereinbarungen ist es, die therapeutische Arbeit zu unterstützen. Zu diesen Vereinbarungen zählen für die Dauer des stationären Aufenthalts der **Verzicht auf** Alkohol, Nikotin, Drogen, erotische Annäherungen, sexuelle Kontakte, exklusive Zweierbeziehungen, Gewalt sowie Medienkonsum.

ja nein

10. Können Sie sich auf diese Vereinbarungen einlassen?

ja nein

11. Wo erwarten Sie für sich die meisten Herausforderungen?

12. Bitte beschreiben Sie Ihre 3 Behandlungsziele möglichst konkret! (2-3 Sätze)

13. Sehen Sie Probleme in Ihrem Essverhalten? (z.B. Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Einnahme von Appetitzüglern) Beschreiben Sie dies bitte!

14. Größe _____ cm aktuelles Gewicht _____ kg

15. Wie oft trinken Sie Alkohol?

nie, ich bin abstinente*r Alkoholiker*in

nie

einmal im Monat oder seltener

zwei- bis dreimal pro Woche

zwei- bis viermal im Monat

viermal pro Woche oder öfter

16. a) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?
(ein Glas Alkohol entspricht ein Glas/Dose Bier 330ml, 1/8 Liter Wein/Sekt, ein Glas Hochprozentiges 2cl)

- Ich trinke nie Alkohol 5 – 6 Glas
 1 – 2 Glas 7 – 9 Glas
 3 – 4 Glas 10 oder mehr Glas

b) Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit, z.B. beim Abendessen, auf einer Party? (ein Glas Alkohol entspricht ein Glas/Dose Bier 330ml, 1/8 Liter Wein/Sekt, ein Glas Hochprozentiges 2cl)

- nie zwei- bis dreimal pro Woche
 einmal im Monat oder seltener viermal pro Woche oder öfter
 zwei- bis viermal im Monat

17. Rauchen Sie? nein ja → Wie viele Zigaretten täglich? _____
Stück

18. Haben Sie in der Vergangenheit geraucht? nein ja → Wie viele Zigaretten täglich? ____
Stück

19. Gab es in Ihrem Leben Zeiten, in denen Sie Drogen genommen haben?

- nein ja, folgende Drogen _____

20. Konsumieren Sie aktuell Drogen (z.B. Cannabis, Ecstasy, Kokain, Morphinpräparate o.ä.)?

- nein regelmäßig gelegentlich

folgende Drogen: _____

21. Haben Sie Erfahrung mit Selbsthilfegruppen?

- nein ja

Wenn ja, mit welchen? _____

22. Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt?

- nein ja

Wenn ja,
wie häufig / Frequenz? _____

auf welche Art und Weise? _____

wann zuletzt? _____

an welchen Körperstellen? _____

War eine ärztliche Behandlung notwendig? _____

23. Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken?

nein ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

24. Haben Sie schon Selbstmordversuche unternommen?

nein ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

auf welche Art? _____

F) Weitere Fragen zum Ankreuzen:

Die folgenden Fragen brauchen Sie nur mit Ja oder Nein beantworten. Es kann sein, dass keine oder nur wenige dieser Fragen Ihre persönliche Situation beschreiben. Lassen Sie sich davon nicht beirren. Bitte machen Sie jeweils nur ein Kreuz in das für Sie zutreffende Kästchen.

	Ja	Nein
1. Haben Sie in den letzten Jahren sehr oft die Arbeit gewechselt oder mehrfach eine Ausbildung begonnen, die Sie dann nicht beendet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie durch Ihre persönlichen Schwierigkeiten bisher in Ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Laufbahn weit hinter Ihren Möglichkeiten geblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Schwierigkeiten mit...		
Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie verzweifelt über den dauerhaften Wechsel und die Austauschbarkeit von Ängsten, Zwängen oder Süchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie fast ständig ein schier unerträgliches Gefühl von Einsamkeit oder innerer Leere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Spüren Sie häufig einen abgrundtiefen Selbsthass, sodass Sie an Ihrem Recht zweifeln, überhaupt zu existieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Spüren Sie oft eine Kränkung oder einen Ärger gar nicht und explodieren hinterher gegenüber einer anderen Person? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie manchmal das Gefühl... | | |
| auseinanderzufallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich aufzulösen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu erstarren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kennen Sie den Zustand, dass Sie etwas tun, nur um zu spüren, dass Sie da sind? | | |
| z.B. weiterreden, um sicher zu sein, dass Sie existieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich selbst verletzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| etwas Aggressives tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben oder hatten Sie merkwürdige Erlebnisse, die Sie sich nicht erklären können? | | |
| z.B. merkwürdige Geräusche, Bilder oder Gestalten tauchen auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jemand beobachtet, kontrolliert oder beeinflusst Sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere merkwürdige unbeschreibliche Dinge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Gehört es zu Ihren Erfahrungen, dass Sie sich in engen Beziehungen mit einem schnellen Wechsel von starken Gefühlen erleben, wie z.B. | | |
| zerstörerische Wut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| panische Angst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| totales Ausgeliefertsein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Brechen Sie immer wieder Kontakte zu Menschen ab, die Ihnen zuerst großartig erscheinen, vielleicht weil diese einen Fehler gemacht oder Sie enttäuscht haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Können Sie Ihre wichtigsten Bezugspersonen indirekt dazu bringen, das zu tun, was Sie wollen, indem Sie... | | |
| z.B. Schmerzen vorgeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Worten provozieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Handlungen provozieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich aus dem Kontakt ziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G) Situationsbericht

Bitte schildern Sie uns in einem separaten 1-2-seitigen Situationsbericht die Schwierigkeiten, die zu Ihrem Aufnahmewunsch führen.

H) Einverständnis

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei weiteren Fragen Ihre unter Punkt III) genannten Behandler*innen kontaktieren?

ja nein

Können im Falle eines Wechsels zu der mit uns verbundenen Schwester-Klinik sämtliche, im Rahmen des vorstationären Verfahrens erhobenen und zur Prüfung der Indikation erforderlichen, personenbezogenen Patient*innendaten an diese weitergeleitet werden?

ja nein

Ich entbinde die Reisch Kliniken zu diesem Zweck wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift _____

Gibt es Familienangehörige, denen gegenüber Sie uns von der Schweigepflicht entbinden möchten (z.B. Ehepartner*in, Eltern, Kinder)?

nein ja: _____ (Name, Geburtsdatum)

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per E-Mail kontaktieren?

ja nein, ich möchte nur per Post/telefonisch kontaktiert werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Datum, Unterschrift _____