Persönlicher Patientenbericht für die Anmeldung

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Ihre Behandlung in unserer Klinik bereits vor Ihrer Anreise möglichst gut vorbereiten zu können, bitten wir Sie sich Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen möglichst zu beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zur Person

Name, Vorname:_____

Geburtsdatum:_____ □ **männlich** □ **weiblich**

Straße, Hausnummer:_____

Wohnort:_____

Familienstand: □ **verheiratet** □ **ledig** □ **Partnerschaft** □ **verwitwet**

Aktueller Beruf:_____ **Erlernter Beruf:**_____

Sonstiges:_____

1. Wegen welchen psychischen (psychosomatischen) Beschwerden wollen Sie eine stationäre Behandlung bei uns durchführen?

_____

_____

_____

2. Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt (Beginn / zeitlicher Ablauf)?

_____

_____

_____

_____

3. Wie werden Sie derzeit ambulant behandelt?

□ Psychiater □ Nervenarzt □ Neurologe □ Psychotherapie

□ Hausarzt □ Sonstige:_____

Wie wurden Sie früher behandelt?

_____

_____

_____

4. Haben Sie zurzeit im Rahmen Ihrer Erkrankung lebensmüde Gedanken oder Impulse?

□ Ja □ Nein

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

□ Ja □ Nein

Wenn ja, wie häufig: _____Wann war der letzte:_____

5. Welche wichtigen organischen Krankheiten liegen bei Ihnen vor?

_____

_____

_____

_____

6. Wer behandelt Sie im Zusammenhang mit Ihren organischen Störungen?

□ Hausarzt □ Facharzt □ Sonstige:_____

7. In welchem Ausmaß konsumieren Sie Alkohol oder andere Suchtmittel?

□ Alkohol:_____

□ Nikotin:_____

□ Sonstige:_____

8. Nehmen Sie Medikamente ein?

□ Ja □ Nein

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

Medikament	Dosierung	Seit wann

9. Welche Ziele verbinden Sie mit einem Aufenthalt bei uns?

_____

_____

10. Gibt es Dinge, die Sie einschränken und auf die wir besondere Rücksicht nehmen müssen (z. B. Hörminderung / Rollstuhl etc.)?

_____

_____

11. Bitte machen Sie namentliche Angaben zu Ihren gegenwärtig behandelnden Ärzten / Psychotherapeuten (s. Punkt 3 / 6), soweit Sie diese wissen (wichtig für Rückfragen):

Name	Fachrichtung	Adresse / Ort	Telefon

Datum:_____ Unterschrift:_____