



## Persönlicher Bericht 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: \_\_\_\_\_ Erlerner 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 zur Zeit 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: \_\_\_\_\_