



## Angaben zu meiner Person

Name, Vorname: .....  
 Straße: .....  
 PLZ, Ort + Bundesland: .....  
 Telefon Privat: .....  
 Telefon Mobil: .....  
 Email: .....

Datum .....  
 Krankenkasse/Versicherung: .....  
 Beihilfe in %: .....  
 Geburtsdatum und Alter in Jahren: .....  
 Größe: ..... Gewicht: ..... BMI: .....  
 Beruf: .....

Ich wünsche folgende Wahlleistung/en :

- Chefarzt-Behandlung; versichert bei .....
- Einzelzimmer mit kostenpflichtigen Komfortleistungen (Du/WC, eigene Terrasse) für z. Z. 33,90 €/Tag).

- Es besteht ein laufendes/geplantes EU-Rentenverfahren.
- Ein Reha-Antrag ist  gestellt  bewilligt  abgelehnt.
- Ich bin arbeitsunfähig geschrieben seit .....

## Aktuelle Behandlungen

- Ja, ich befinde mich aktuell in ambulanter Psychotherapie
  - bei (Name d. Behandlers) ..... seit ..... Anzahl Sitzungen ca. ....
  - Art der Therapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychol. Therapie oder sonstiges) .....
- Nein, ich befinde mich aktuell nicht in ambulanter Psychotherapie → Bitte geben Sie hierfür den Grund an: .....
- Ich bin in psychiatrischer Behandlung bei: .....
- Sonstige Behandlungen in Bezug auf die psychischen Beschwerden: .....

## Vergangene stationäre Behandlungen

Bitte führen Sie alle vergangenen vollstationären und teilstationären Behandlungen auf.  
 Inwiefern konnten Sie von dieser Behandlung profitieren? Warum? Wovon genau? Bzw. wovon nicht?

Jahr	Art (Psychiatrie/Psychosomatik/ Rehabilitation)	Klinik	Wirksamkeit von 1(☹)-10(☺)	ggf. Erläuterung

## Erkrankungsbild

Bitte geben Sie die Diagnosen/Krankheitsbilder an, die für die Aufnahme relevant sind. Bitte kreuzen Sie im grauen Bereich diejenigen Erkrankungsbilder an, die bei Ihnen bereits diagnostiziert wurden (in den vergangenen 12 Monaten) oder Ihrer Ansicht nach vermutlich vorliegen. Geben Sie an, inwiefern die folgenden Beschwerden bei Ihnen vorliegen und konkretisieren Sie ggf. Ihre Angaben.

<b>⇒ Depression</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Fällt es Ihnen schwer, einem geregelten Tagesablauf nachzugehen (z.B. Frühstück, Duschen, Erledigungen...)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      Erläuterung zu depressiven Beschwerden:	<b>⇒ Ängste</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Meine Ängste beziehen sich auf (z.B. Panikattacken, soziale Ängste, Zukunftsängste):
<b>⇒ Essstörungen</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Bitte beschreiben Sie Ihr Essverhalten genauer:	<b>⇒ Burnout/Stress</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Bitte beschreiben Sie die Ursachen genauer:

<b>⇒Trauma</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet <input type="checkbox"/> Einzelne traumatische Erfahrung in Jugend/Erwachsenenalter (z.B. Erleben oder Beobachten von Gewalt, Unfälle, Naturkatastrophen) <input type="checkbox"/> Wiederholende Erfahrungen von schwerem physischen oder psychischem Missbrauch in früher Kindheit <input type="checkbox"/> Sonstige Traumata ggf. mit: <input type="checkbox"/> Flashbacks <input type="checkbox"/> Dissoziationen <input type="checkbox"/> Hoher Anspannung/Schreckhaftigkeit <input type="checkbox"/> Vermeidung von: Erläuterung:	
<b>⇒Zwänge</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Bitte beschreiben Sie die Zwänge genauer:	<b>⇒Suchterkrankung</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Konsum von Art/Menge/Häufigkeit:
<b>⇒Borderline-Störung</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Erläuterung (z.B. Auswirkungen in Beziehungsgestaltung, heftige Gefühle, selbstschädigendem Verhalten)	<b>⇒Körperliche Beschwerden mit psychischen Faktoren</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet z.B. Somatisierungsstörung, Schlaf, stressabhängige Migräne/Asthma:
<b>⇒Bipolare Störung / Psychose / Schizophrenie/Wahn</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Erläuterung (Häufigkeiten und Art von Manie/Wahnvorstellungen, seit wann bestehend, aktueller Stand der Symptome):	<b>⇒Weiteres</b> (z.B. wechselnde Persönlichkeiten) <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet Erläuterung:

<b>Fragen zu zwischenmenschlichen Beziehungen</b> (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an): 1 = gar nicht    2 = eher nicht    3 = eher zutreffend    4 = stark zutreffend	
Es ist immer schwierig für mich alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ausgiebig den Rat und die Bestätigung anderer einzuholen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich kann den Gedanken nicht ertragen, dass mich jemand verlassen oder im Stich lassen könnte.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich gehe schnell davon aus, dass andere mich verletzen, ausnutzen oder hintergehen wollen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Im Gegensatz zu den meisten anderen habe ich kein Bedürfnis nach Nähe oder nach tiefgehenden Beziehungen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich bin leicht zu reizen und werde schnell aggressiv anderen gegenüber.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich fühle mich unbeachtet, wenn ich nicht im Mittelpunkt stehe und versuche dann Aufmerksamkeit zu erlangen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Zu meiner Überraschung halten mich andere für selbstgefällig, obwohl ich doch über hervorragende Fähigkeiten verfüge und Außergewöhnliches leiste.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich mache sehr oft die Erfahrung, dass meine Erwartungen an andere enttäuscht werden.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Sogar in einer intimen Beziehung traue ich mich nicht, meine Gefühle und Gedanken preiszugeben.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

### Weitere wichtige Angaben

<b>Warum halten Sie eine vollstationäre Aufnahme aktuell für unumgänglich?</b>
--

<b>Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen? Wenn ja: Was? Wie viel? Wie oft?</b>	
Können Sie während des <b>gesamten Aufenthaltes abstinent</b> sein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu? (wie? bei welchen Auslösern? Häufigkeit?)</b>	
<b>Ich vermute folgende Ursachen oder Auslöser meiner Probleme (Stichpunkte):</b>	
<b>Ich möchte konkret Folgendes erreichen bzw. verändern:</b>	
<b>Bitte kreuzen sie diejenige Antwort an, die in den letzten 2 Wochen am ehesten auf Sie zutrifft:</b>	
<input type="checkbox"/> Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. <input type="checkbox"/> Ich denke zwar daran, mir etwas anzutun, würde es aber nicht in die Tat umsetzen. <input type="checkbox"/> Ich denke daran, mir etwas anzutun und könnte mir vorstellen, es in die Tat umzusetzen.	
ggf. Erläuterung:	
Suizidversuche:	Anzahl ..... zuletzt (Jahr): .....
<b>Aktuell relevante körperliche Erkrankungen</b> (z.B. Herz-, neurologische, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma/Diabetes, Schmerzen), gesicherte oder Verdachtsdiagnose? Seit wann? Ausprägung bzw. Einschränkungen?	
<b>Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten:</b> (Bitte beachten Sie, dass nur die hier angegebenen und nachgewiesenen Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei der Essensbereitung in unserem Haus berücksichtigt werden können)	
<b>Folgende Behandlungen/Anwendungen</b> sind in Bezug auf o.g. körperliche Erkrankungen während des stationären Aufenthaltes notwendigerweise zu berücksichtigen:	
<b>Aktuelle Medikation:</b> (Präparat / gegen / Dosis / seit wann)	
<b>Was sonst noch wichtig ist:</b>	

*Angaben für die Aufnahmeplanung:*

- Ich könnte eine Aufnahme innerhalb weniger Tage flexibel organisieren (Springer-Liste).
- Besonders bei der Aufnahme zu berücksichtigen: .....

.....  
Datum / Unterschrift

*Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen und Ihr Vertrauen!*