



1. Angaben zu meiner Person

Datum: _____

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____ Bundesland: _____

Telefon privat: _____ dienstl.: _____

mobil: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____ Alter in Jahren: _____

Größe _____ Gewicht _____

Krankenkasse/-vers. _____ Beihilfe _____ %

Wahlleistungen (bitte ggf. Gewünschtes ankreuzen) Chefarzt-Behandlung Einzelzimmer mit kostenpflichtigen Komfortleistungen (z.B. Du/WC, im Jahr 2017 € 33,24 täglich)

versichert bei _____

2. Meine Behandler

Hausarzt/Facharzt: _____
 (Name, Adresse) _____

Psychiater/Neurologe: _____
 (Name, Adresse) _____

Psychotherapeut: _____
 (Name, Adresse) _____

Einweisender Arzt _____
 (Name, Adresse) _____

3. Meine aktuelle Lebenssituation

aktueller Familienstand		aktuelle Lebens- und Wohnsituation	
<input type="radio"/> ledig	<input type="radio"/> Partner	<input type="radio"/> alleinlebend	<input type="radio"/> mit eigener Familie zusammen
<input type="radio"/> verheiratet	<input type="radio"/> Partnerin	<input type="radio"/> alleinlebend mit Kind/ern	<input type="radio"/> nur mit Partner/in zusammen
<input type="radio"/> getrennt lebend	<input type="radio"/> verwitwet	<input type="radio"/> bei den Eltern lebend	<input type="radio"/> Wohngemeinschaft
<input type="radio"/> geschieden			<input type="radio"/> betreute WG
<input type="radio"/> Kinder: _____			
Geschlecht, Alter _____			

4. Aktuelle Erwerbssituation

zurzeit ausgeübter Beruf: _____

ggf. früherer Beruf: _____

arbeitsunfähig seit: _____ wegen: _____

arbeitslos seit: _____

arbeitsuchend seit: _____

Rentenantrag läuft seit: _____ wegen: _____

berentet seit: _____ wegen: _____

Reha-Antrag läuft bzw. ist genehmigt seit _____ wegen: _____

5. Ich habe bzw. hatte bereits folgende Therapien

Wir benötigen einen aktuellen Befundbericht des ambulanten Behandlers, aus dem eindeutig hervorgeht, dass und weshalb die ambulante Behandlung nicht ausreichend ist. Außerdem benötigen wir ggf. die Befunde früherer ambulanter und/oder stationärer Behandlungen. Bitte veranlassen Sie, dass uns diese umgehend zugesandt werden.

	Jahr	Wochen	Name, Institution, Adresse
<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie seit wann / Frequenz			
<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung Psychosomatik Psychotherapie Psychiatrie			
<input type="checkbox"/> Ich habe die Behandler/Institutionen schriftlich von der Schweigepflicht entbunden und veranlasst, dass die Berichte an die Caduceus Klinik geschickt werden.			
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe			
<input type="checkbox"/> sonstiges			

6. Ich leide unter den folgenden Symptomen ... Bitte Zutreffendes ankreuzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken /-pläne |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch/e (*), ggf. wann |
| <input type="checkbox"/> Morgentief | <input type="checkbox"/> Wechseljahr-Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme | <input type="checkbox"/> Erleben, selbst nicht wirklich da zu sein |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> eigene Gefühle fühlen sich fremd an |
| <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe | <input type="checkbox"/> andauerndes Bedrohungsgefühl |
| <input type="checkbox"/> dauernde Müdigkeit | <input type="checkbox"/> häufige Scham |
| <input type="checkbox"/> starke Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Phobien | <input type="checkbox"/> Wutanfälle, die ich nicht steuern kann (*) |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung (*) |
| <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß-Gedanken | <input type="checkbox"/> innere Verwirrung oder Zerrissenheit |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Konflikt/e mit dem Gesetz |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen, Herzrasen | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Nikotingebrauch |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals | <input type="checkbox"/> Drogengebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Taubheits- oder Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> häufiger Schmerzmittel-/
Beruhigungsmittelgebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> häufiger Abführmittelgebrauch (*) |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken oder -handlungen (*) |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus, Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> übermäßiger Perfektionismus |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> hohes Bedürfnis nach eigener Wichtigkeit
und Anerkennung |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Angst vor Intrigen oder Verfolgung |
| <input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden ohne
medizinisch nachweisbare Ursachen | <input type="checkbox"/> starkes Misstrauen gegen andere |
| <input type="checkbox"/> Essattacken (*) | <input type="checkbox"/> Einzelgängertum |
| <input type="checkbox"/> Hungern (*) | <input type="checkbox"/> * Beschreiben Sie diese Symptome ggf. unter
Punkt 7. oder 8. auf der folgenden Seite
genauer: <u>seit wann, wie oft, Art und Ausmaß
der Probleme</u> |
| <input type="checkbox"/> Übermäßige Beschäftigung mit
dem Gewicht (*) | |
| <input type="checkbox"/> Über- oder Untergewicht | |

10. Wie war Ihre familiäre Situation während Kindheit und Jugend?

11. Wie war die schulische Situation, welcher Schulabschluss und welcher Beruf?

12. Wie sind / waren Beziehungen?

13. Welche Auffälligkeiten gibt / gab es im erwachsenen Leben?

14. Ich möchte Folgendes erreichen bzw. verändern (in Stichworten)

**15. Medizinische Vorerkrankungen, Behinderungen, körperliche Beeinträchtigungen
Seit wann? (in Stichworten)**

**15.a Hiervon sind in der Caduceus Klinik zu behandeln bzw. besonders zu
berücksichtigen**

**16. Ich nehme folgende Medikamente ein
(Name der Medikamente, Einnahmehäufigkeit und Menge)**

17. Wie ist Ihr Essverhalten? Beschreiben Sie ggf.: Häufigkeit von Mahlzeiten, Diät- bzw. Hungerphasen, Essattacken, Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln

18. Trinken Sie Alkohol? Ggf.: was (Bier, Wein etc.), seit wann, wie oft und wie viel?

18.a Können Sie während der Therapie abstinent sein?

19. Rauchen Sie? Ggf.: seit wann und wie viel?

**20. Nehmen Sie oder haben Sie früher Drogen genommen?
Ggf: wann, welche, wie häufig, wann zuletzt?**

20.a Können Sie während der Therapie abstinent sein?

21. Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu? Ggf.: seit wann, bei welchen Auslösern, wie häufig, womit, in welchem Ausmaß - und wann zuletzt?

**22. Spiritualität, Religion oder Glaube hat für mich einen wichtigen Stellenwert
(in Stichworten)**

**Vielen Dank für die Beantwortung aller Fragen und Ihr Vertrauen.
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!**