



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
 ledig Partner
 verheiratet Partnerin
 getrennt lebend verwitwet
 geschieden
 Kinder:
Geschlecht, Alter _____

aktuelle Lebens- und Wohnsituation
 alleinlebend mit eigener Familie zusammen
 alleinlebend mit Kind/ern nur mit Partner/in zusammen
 bei den Eltern lebend Wohngemeinschaft
 betreute WG

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

Falls Sie schon in ambulanter / stationärer Therapie sind bzw. waren, benötigen wir hierüber Behandlungsberichte; 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"/> Selbsthilfegruppe			

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 (*) | * 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!**