

Fragebogen

Die Adula Klinik ist eine Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Wir behandeln seelische und körperliche Störungen und können Ihnen helfen, Lösungsmöglichkeiten zur Überwindung dieser Störungen zu finden. Dabei ist jedoch Ihre eigene Mitwirkung erforderlich. Bei der Vorbereitung Ihrer Behandlung können Sie uns schon jetzt helfen, indem Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und ausführlich beantworten.

Allgemeine Informationen

heutiges Datum _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

Email _____

Straße / HsNr _____ PLZ / Ort _____

Krankenversicherung _____

in _____ Telefonnummer _____

Zusatzversichert bei _____ für Wahlleistung Chefarztbehandlung

Einzelzimmer

Behandelnde/r Hausarzt/Ärztin: Name, Adresse, Telefon _____

Behandelnde/r Facharzt/Ärztin: Name, Adresse, Telefon _____

Behandelnde/r Psychotherapeut/in: Name, Adresse, Telefon _____

Beruf bzw. derzeitige Tätigkeit oder Ausbildung _____

Arbeitsunfähig seit _____ wegen _____

Derzeit arbeitslos seit _____ Bezug von Sozialhilfe ja nein

Rentenantrag gestellt am _____ berentet seit _____

Fragebogen

Fragen

1. Aufgrund welcher im Vordergrund stehenden Schwierigkeit streben Sie einen Aufenthalt in unserer Klinik an? _____

2. Haben Sie sich schon über unser Behandlungskonzept, insbesondere die Therapeutischen Vereinbarungen informiert? ja nein
3. Können Sie sich vorstellen, diese Vereinbarungen einzuhalten? ja nein
4. Wo erwarten Sie die meisten Schwierigkeiten? _____

5. In welcher Partner- / Familiensituation leben Sie derzeit? _____

6. An welchen **körperlichen** Erkrankungen leiden Sie? _____

7. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Menge? Seit wann? _____

8. Welche Medikamente haben Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen? Menge? Wie lange? _____

9. Beschreiben Sie Art, Menge und Dauer Ihres Alkoholkonsums. _____

Fragebogen

10. Sehen Sie Probleme mit Ihrem Essverhalten (z.B. Fressanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Appetitzügler)? Beschreiben Sie das bitte. _____

Körpergröße _____ cm derzeitiges Gewicht _____ kg

11. Gibt es nachgewiesene Nahrungsmittelunverträglichkeiten / Allergien?

ja nein Falls ja, welche? _____

Wünschen Sie vegane Kost? ja nein

12. Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

13. Haben Sie schon einmal Drogen eingenommen? Welche? Zeitraum? Menge?

14. Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken? Wann zuletzt? _____

15. Haben Sie schon versucht, sich umzubringen? Wann? Auf welche Art?

16. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung, bzw. Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung?

	ambulant	stationär
von _____ bis _____ wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____ bis _____ wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____ bis _____ wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von _____ bis _____ wegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Besuchen Sie Selbsthilfegruppen? Wenn ja, Welche? Ja Nein

18. Haben Sie laufende Rechtsstreitigkeiten? Wenn ja, welche? _____

Fragebogen

19. Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einweiser/Therapeut/Arzt | <input type="checkbox"/> Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Familie/Freunde/Bekannte/Ehem. Patienten | <input type="checkbox"/> Zeitungsartikel |
| <input type="checkbox"/> Recherche im Internet | <input type="checkbox"/> Social Media |
| <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe | |

20. Haben Sie sich momentan noch in einer anderen Klinik beworben?

- nein ja, in _____

Weitere Fragen zum Ankreuzen

Die folgenden Fragen brauchen Sie nur mit Ja oder Nein beantworten. Es kann sein, dass keine oder nur wenige dieser Fragen Ihre persönliche Situation berühren. Lassen Sie sich davon bitte nicht irritieren. Bitte machen Sie nur ein Kreuz in die dafür zutreffenden Kästchen.

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten Jahren sehr oft die Arbeit gewechselt, oder mehrfach eine Ausbildung begonnen, die Sie dann nicht beendet haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie durch Ihre persönlichen Schwierigkeiten bisher in Ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Laufbahn weit hinter Ihren Möglichkeiten geblieben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt? | | |
| | Haare ausgerissen | <input type="checkbox"/> |
| | blutig gekratzt | <input type="checkbox"/> |
| | selbst verbrannt | <input type="checkbox"/> |
| | anderes _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie Schwierigkeiten mit | | |
| | Alkohol? | <input type="checkbox"/> |
| | Medikamenten? | <input type="checkbox"/> |
| | Essen? | <input type="checkbox"/> |
| | Drogen? | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie verzweifelt über den dauerhaften Wechsel und die Austauschbarkeit von Ängsten, Zwängen oder Süchten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie fast ständig ein schier unerträgliches Gefühl von Einsamkeit oder innerer Leere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Spüren Sie häufig einen abgrundtiefen Selbsthass, sodass Sie an ihrem Recht zweifeln, überhaupt zu existieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragebogen

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Spüren Sie oft eine Kränkung oder einen Ärger gar nicht und explodieren hinterher gegenüber einer anderen Person? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Erleben Sie Ihre Angst als Panik, bzw. haben Sie Sorge, dass Ihre mörderische Wut außer Kontrolle gerät? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie manchmal das Gefühl | | |
| auseinanderzufallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich aufzulösen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu erstarren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Kennen Sie den Zustand, dass Sie etwas tun, nur um zu spüren, dass Sie da sind? | | |
| z.B. weiterreden, um sicher zu sein, dass Sie existieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich selbst verletzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| etwas Aggressives tun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben oder hatten Sie merkwürdige Erlebnisse, die Sie sich nicht erklären können? | | |
| z.B. merkwürdige Geräusche, Bilder oder Gestalten tauchen auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jemand beobachtet, kontrolliert oder beeinflusst Sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere merkwürdige unbeschreibliche Dinge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Gehört es zu Ihren Erfahrungen, dass Sie sich in engen Beziehungen mit einem schnellen Wechsel von starken Gefühlen erleben, wie | | |
| z.B. zerstörerische Wut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| panische Angst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| totales Ausgeliefertsein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Brechen Sie immer wieder Kontakte zu Menschen ab, die Ihnen zuerst großartig erscheinen, vielleicht, weil diese einen Fehler gemacht, oder Sie enttäuscht haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Können Sie Ihre wichtigsten Bezugspersonen indirekt dazu bringen, das zu tun, was Sie wollen, indem Sie | | |
| z.B. Schmerzen vorgeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Worten provozieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Handlungen provozieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich aus dem Kontakt ziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei weiteren Fragen Ihren Arzt / Therapeuten kontaktieren?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift