

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte versuchen Sie, uns die folgenden Fragen möglichst konkret zu beantworten. Wir können uns dann schon vor der Therapie auf Ihre Bedürfnisse einstellen und mögliche Schwerpunkte für die Therapie vorsehen.

Name: _____ Email: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon mobil: _____ Beruf: _____

I) Gesetzliche Krankenkasse : _____

Liegt bereits eine *Verordnung von Krankenhausbehandlung* vor? _____

II) Private Zusatzversicherung, die Sie hier in Anspruch nehmen möchten: _____

Haben Sie bereits Schritte zur Kostenübernahme unternommen? _____

Einbett Zweibett Chefarzt

III) Private Krankenversicherung: _____

Haben Sie bereits Schritte zur Kostenübernahme unternommen? _____

Einbett Zweibett Chefarzt

Ggf. Beihilfe

Einbett Zweibett Chefarzt

Einweiser/in:

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Hausarzt/Hausärztin:

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Behandelnde(r) Psychotherapeut/in:

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

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

2. Sind Sie vertraut mit unserem Behandlungskonzept, insbesondere unseren besonderen Therapeutischen Vereinbarungen? Sinn dieser Vereinbarungen ist es, die therapeutische, der seelischen Heilung dienende Arbeit zu unterstützen. (Zu diesen Vereinbarungen zählen für die Dauer des stationären Aufenthaltes u. a. Verzicht auf TV, Radio, Nikotin und Alkohol.)

ja nein

3. Können Sie sich vorstellen, diese Vereinbarungen einzuhalten?

ja nein

4. Wo erwarten Sie für sich die meisten Schwierigkeiten?

5. Bitte beschreiben Sie Ihre Behandlungsziele möglichst konkret!

6. Liegen bei Ihnen behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen oder sonstige körperliche Besonderheiten/Einschränkungen vor?

7. Welche Medikamente nehmen Sie momentan? (Bitte vollständige Aufzählung!) Menge? Seit wann?

8. Sind Sie krankgeschrieben? Seit wann? Aus welchem Grund?

9. Haben Sie einen Antrag auf Rente/Teilrente gestellt oder sind Sie bereits berentet?

10. Haben Sie einen gesetzlich bestellten Betreuer? Wenn ja, für welche/n Bereich/e? _____

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

12. Sehen Sie Probleme in Ihrem Essverhalten? (z. B. Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Appetitzügler) Beschreiben Sie das bitte!

13. Größe und Gewicht: _____

14. Beschreiben Sie Art und Menge des von Ihnen konsumierten Alkohols.

15. Rauchen Sie? nein ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

16. Haben Sie schon einmal Drogen eingenommen? Wann? Welche? Zeitraum? Menge?

17. a) Hatten oder haben Sie *Selbstmordgedanken*? Wann zuletzt?

17. b) Haben Sie schon *Selbstmordversuche* unternommen? Wenn ja, wann und auf welche Art?

18. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Ambulant

von biswegen _____

von biswegen _____

Stationär

von bis..... wegen _____ Klinik _____

von bis wegen _____ Klinik _____

19. Welche Diagnosen wurden von bisherigen Ärzten/Therapeuten gestellt?

20. Wurde in der Vergangenheit die Diagnose einer *Psychose* gestellt? (Schizophrenie, manische Psychose) ja nein

21. Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam?

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

nein ja, in _____

23. Haben Sie Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen? Wenn ja, mit welchen?

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 beschreiben. Lassen Sie sich davon bitte nicht irritieren. Bitte machen Sie jeweils ein Kreuz in das für Sie zutreffende 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| | blutig gekratzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | selbst verbrannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | anderes _____ | | |
| 4. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

		Ja	Nein
5.	Haben Sie Schwierigkeiten mit		
	Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drogen?	<input type="checkbox"/>	<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"/>
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

	Ja	Nein
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