

ANMELDEBOGEN

ABTEILUNG FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE



Guten Tag,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Klinik. Damit wir ein genaueres Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden erhalten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Auf der Grundlage Ihrer Angaben möchten wir einen möglichst umfassenden Eindruck von Ihnen gewinnen, um einschätzen zu können, ob eine Behandlung in unserer Klinik für Sie hilfreich sein kann. Beantworten Sie bitte deshalb die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Es gibt keine falschen und richtigen Antworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Bitte senden sie uns den selbst ausgefüllten Fragebogen zur Vereinbarung eines ergebnisoffenen Vorgesprächs zu. Außerdem benötigen wir für das Vorgespräch eine Verordnung von Krankenhausbehandlung („Einweisungsschein“).

KLINIKEN IM THEODOR-WENZEL-WERK

Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie mit internistischem
Schwerpunkt
Potsdamer Chaussee 69
14129 Berlin
Tel. (030) 8109 - 2601

BITTE SENDEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN FRAGEBOGEN

DIREKT ONLINE

ODER POSTALISCH AN:

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Potsdamer Chaussee 69
14129 Berlin

ODER PER MAIL AN:

psychosomatik@tww-berlin.de

ODER PER FAX AN:

(030) 8109 - 2602

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

divers weiblich männlich

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zur Klärung meiner Aufnahme mit mir per E-Mail oder Telefon Kontakt aufnehmen (Einwilligung gemäß §6 Nr.2 DSGVO):

ja
 nein

Krankenkasse:

Ich bin **Privatpatient:in** oder will für **Wahlleistungen selbst zahlen**

und folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

Ein-Bett-Zimmer Zwei-Bett-Zimmer Privatärztliche Behandlung (Chefärzt:in)

Für welche Behandlungsform suchen Sie einen Therapieplatz?

Vollstationär Tagesklinisch Nach Empfehlung

Bitte beachten Sie, dass die Fahrzeit zu unserer Tagesklinik max. eine Stunde betragen sollte und an Werktagen eine tägliche Anwesenheit von 08:15–16:00 Uhr erforderlich ist. Können Sie dies organisatorisch umsetzen? ja nein

SOZIALDATEN

Größe:		Gewicht:	
Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> keine feste Partnerschaft <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft / getrennt lebend <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft / zusammenlebend		
Kinder:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: wie viele? _____		
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> eigener Haushalt (ggf. mit Partner/Familie) <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> sonstiges		
Welchen (höchsten) Schulabschluss haben Sie? <input type="checkbox"/> noch in der Schule <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschule / Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur/Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> abgeschlossene Ausbildung <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss			
Berufliche Situation:	<input type="checkbox"/> berufstätig, aktuell als _____		
	<input type="checkbox"/> in Ausbildung/Studium zum _____		
	<input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss	<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	
	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> Frührente/Altersrente/Pension	
	<input type="checkbox"/> EU-/BU-Rente	<input type="checkbox"/> sonstiges	
Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?		_____ Wochen	
Besteht eine körperliche Behinderung?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Grad der Behinderung (GdB): _____	
Streben Sie eine Berentung an oder besteht es ein laufendes Rentenverfahren?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Schulden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie an laufenden Gerichtsverfahren beteiligt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

KRANKHEITSERLEBEN

1. Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen psychischen Beschwerden oder Probleme, aufgrund derer Sie eine Behandlung in unserer Klinik wünschen:

2. Wie wirken sich Ihre Beschwerden im zwischenmenschlichen Bereich aus?

3. Ich vermute, die Ursachen und Hintergründe meiner Probleme in folgenden Themen (Stichworte):

4. Seit wann bestehen die Beschwerden bzw. seit wann hat sich Ihr Leidensdruck merklich erhöht?

5. Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie durch die beantragte Behandlung erreichen möchten:

1.

2.

3.

6. Möchten Sie uns von sich aus noch etwas mitteilen?

7. Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Therapie berücksichtigt werden? Bitte kreuzen Sie jeweils nach Wichtigkeit für Sie die einzelnen Punkte an.

Unwichtig

Weniger Wichtig

Wichtig

Vordringlich

Depressionen

Ängste/Vermeidungsverhalten

Körperliche Beschwerden ohne erklärenden Befund

Chronische Schmerzen

Zwänge

Partnerschafts-/Beziehungsprobleme

Freundes-/Bekanntenkreis

Beruf

	Unwichtig	Weniger Wichtig	Wichtig	Vordringlich
Umgang mit Anspannung/Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit überschießender Wut/Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit traumatischen Erinnerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, versagt oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es neben dem zuvor genannten weitere psychische Beschwerden, durch die sie sich stark beeinträchtigt fühlen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich: _____				

9. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall, Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es neben dem zuvor genannten weitere körperliche Beschwerden, durch die sie sich stark beeinträchtigt fühlen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich: _____			

GESUNDHEITSVERFASSUNG UND -VERHALTEN

10. Benötigen Sie pflegerische Hilfe (beim Waschen, Ankleiden, Essen oder Trinken?)

nein ja, nämlich: _____

11. Besteht eine Hörminderung? ja nein

12. Haben Sie nachgewiesene Unverträglichkeiten/Allergien (Allergiepass)?

nein ja, nämlich: _____

13. Bestehen Erbrechen, Heißhungerattacken oder gezielte Maßnahmen zur Gewichtsregulation?

nein ja, nämlich: _____

14. Hat sich ihr Gewicht in den letzten sechs Monaten verändert?

nein ja, nämlich Zunahme/Abnahme _____ kg

15. Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja (was, wie oft?) _____

16. Trinken Sie Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

nein ja, selten (< 4 x / Monat) ja, mehrfach pro Woche ja, täglich

17. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Drogen/Rauschmittel (inkl. Cannabis, Schlaf- und Beruhigungsmittel) eingenommen?

nein ja, selten (< 4 x / Monat) ja, mehrfach pro Woche ja, täglich

Wenn ja, welche _____

18. Bestand eine Abhängigkeit?

ja nein wenn ja, seit wann _____ womit _____

19. Sind Sie damit einverstanden, während Ihres Klinikaufenthaltes vollständig auf Alkohol und andere Drogen zu verzichten?

ja Ich bin mir nicht sicher nein

20. Besteht nach Ihrer eigenen Einschätzung ein Problem mit übermäßiger Medien-/Handynutzung, Computerspielen oder Glücksspielen?

ja Ich bin mir nicht sicher nein

21. Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt oder sich selbst absichtlich Schmerzen zugefügt?

nein ja, aktuell ja, im Alter von _____ bis _____ Jahren

22. Haben Sie jemals versucht, ihr Leben zu beenden? ja nein

23. Haben Sie jemals körperliche Gewalt erlebt?

nein ja (Fühlen Sie sich hierdurch heute noch in Ihrem Alltag beeinträchtigt? nein ja)

24. Gab es sexuelle Übergriffe in Ihrem Leben?

nein ja (Fühlen Sie sich hierdurch heute noch in Ihrem Alltag beeinträchtigt? nein ja)

Waren Sie früher schon einmal in ambulanter Psychotherapie? nein ja

Art der Therapie	von/bis	Aufgrund (Diagnose)	Stundenzahl

Haben Sie Vorerfahrungen mit Gruppentherapien? nein ja

Ist es für sie vorstellbar, in einer Gruppentherapie über emotional bedeutsame Themen zu sprechen? nein ja

Waren Sie schon einmal in (teil)stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlung?

nein ja, zuletzt in:

Klinik/Diagnose: _____	Jahr: _____	ca. _____ Wochen
Klinik/Diagnose: _____	Jahr: _____	ca. _____ Wochen
Klinik/Diagnose: _____	Jahr: _____	ca. _____ Wochen
Klinik/Diagnose: _____	Jahr: _____	ca. _____ Wochen



Bitte senden Sie uns relevante Behandlungsberichte zu oder veranlassen Sie bitte die Übersendung dieser Berichte an uns, vielen Dank!

Wurden bei Ihnen früher bereits psychiatrische oder psychosomatische Diagnosen gestellt?

nein ja, nämlich: _____

Litten Sie einmal an einer Psychose oder einer manisch-depressiven Störung? nein ja

Haben Sie zurzeit eine akute oder chronische körperliche Erkrankung? nein ja, nämlich:

--



Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihres aktuell gültigen Medikationsplans zu

oder ergänzen Sie in der nachfolgenden Tabelle, welche Medikamente sie aktuell regelmäßig einnehmen:

--

THERAPEUT:INNEN UND BEHANDLUNGEN

**Hausarzt:innen/
Facharzt:innen:**

(Name/Adresse)

Einweiser:in

**Psychiater:innen/
Neurolog:innen:**

(Name/Adresse)

Einweiser:in

Sind Sie aktuell in ambulanter Psychotherapie? nein ja, seit _____ (Monat/Jahr)

Bisherige Stunden ca. _____

Art der Therapie?

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie

Systemische Therapie andere

Psychotherapeut:innen:

(Name/Adresse)

Einweiser:in

--

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG:

Hiermit entbinde ich o. g. Ärzt:innen/Therapeut:innen sowie die Ärzt:innen/Therapeut:innen der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich Absprachen zu meiner Behandlung.

Datum _____ Unterschrift _____



VIELEN DANK!

Nach Auswertung Ihrer Angaben setzen wir uns unverzüglich mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen und mögliche Fragen zu klären.

Hinweis zum Datenschutz:

Wir verarbeiten Ihre hier erhobenen Daten grundsätzlich nur, soweit dies zur Entscheidung über Ihre stationäre Aufnahme erforderlich ist. Die Angaben aus diesem Fragebogen werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt, spätestens nach 6 Monaten. Wenn wir Sie (teil-)stationär aufnehmen, wird dieser Fragebogen Teil Ihrer Behandlungsakte und unterliegt den hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.