ANMELDEBOGEN

ABTEILUNG FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

THEODOR WENZEL WERK E.V.

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 Vorgespräches 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:	ODER PER MAIL AN:	ODER PER FAX AN:
	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Potsdamer Chaussee 69 14129 Berlin	psychosomatik@tww-berlin.de	(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 DSG-EKD): ☐ 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:	☐ keine feste Partnerschaft ☐ feste Partnerschaft / getrennt lebend ☐ feste Partnerschaft / zusammenlebend		
Kinder:	☐ nein ☐ ja: wie viele, in welchem Alter? _____		
Wohnsituation:	☐ eigener Haushalt (ggf. mit Partner/Familie) ☐ bei den Eltern ☐ WG ☐ sonstiges		

Welchen (höchsten) Schulabschluss haben Sie?

☐ noch in der Schule ☐ Sonderschulabschluss ☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschule / Mittlere Reife
☐ Abitur/Fachhochschulreife ☐ ohne Schulabschluss ☐ abgeschlossene Ausbildung zur/zum _____
☐ Hochschulabschluss in _____

Berufliche Situation:	☐ berufstätig, aktuell als _____	
	☐ in Ausbildung/Studium zum _____	
	☐ ohne Berufsabschluss	☐ arbeitslos gemeldet
	☐ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	☐ Frührente/Altersrente/Pension
	☐ EU-/BU-Rente	☐ sonstiges
Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?		☐ nein ☐ ja
Wenn ja, seit wann ununterbrochen?		_____ (Datum)
Besteht eine körperliche Behinderung?		☐ nein ☐ ja Wenn ja, Grad der Behinderung (GdB): _____
Streben Sie eine Berentung an oder besteht es ein laufendes Rentenverfahren?		☐ ja ☐ nein
Bestehen Schulden?		☐ ja ☐ nein
Sind Sie an laufenden Gerichtsverfahren beteiligt?		☐ ja ☐ nein wenn ja, Grund des Verfahrens _____

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	☐	☐	☐	☐
Selbstverletzungen	☐	☐	☐	☐
Umgang mit überschießender Wut/Aggression	☐	☐	☐	☐
Suizidgedanken	☐	☐	☐	☐
Umgang mit traumatischen Erinnerungen	☐	☐	☐	☐
Suchtverhalten	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten zu entspannen	☐	☐	☐	☐
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	☐	☐	☐	☐
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐	☐	☐	☐
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	☐	☐	☐	☐
plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik	☐	☐	☐	☐
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐	☐	☐	☐
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, versagt oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐	☐	☐	☐

Gibt es neben dem zuvor genannten weitere psychische Beschwerden, durch die sie sich stark beeinträchtigt fühlen?

☐ nein ☐ ja, nämlich: _____

9. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen	☐	☐	☐
Rückenschmerzen	☐	☐	☐
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	☐	☐	☐
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	☐	☐	☐
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐
Schmerzen im Brustbereich	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐
Ohnmachtsanfälle	☐	☐	☐
Herzklopfen oder Herzrasen	☐	☐	☐
Kurzatmigkeit	☐	☐	☐
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall, Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	☐	☐	☐

Gibt es neben dem zuvor genannten weitere körperliche Beschwerden, durch die sie sich stark beeinträchtigt fühlen?

☐ nein ☐ 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 um _____ kg / Abnahme um _____ 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 jemals eine Abhängigkeitserkrankung?

☐ ja ☐ nein wenn ja, seit wann _____ womit _____

19. Sind sie bereit, im Voraus und 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 Glückspielen?

☐ 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 (wann und wie) _____ ☐ 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

Hausärzt:innen/ Fachärzt: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.