

Fragebogen zur Aufnahme in unseren Tageskliniken

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, diesen Fragebogen vor Aufnahme in einer unserer Tageskliniken für Erwachsene (Gifhorn, Helmstedt, Peine, Wolfenbüttel und Wolfsburg) auszufüllen und ihn in den nächsten Tagen dort abzugeben. Dadurch wird eine Aufnahme auf unsere Warteliste erst möglich.

Dieser Fragebogen ist bereits Bestandteil Ihrer Therapie, da wir so gezielter auf Ihre selbst formulierten Behandlungsziele eingehen können. Mit Abgabe dieser Unterlagen verpflichten wir uns, diese Informationen absolut vertraulich zu behandeln, d.h., dass auch ohne eine Behandlung in der Tagesklinik die Schweigepflicht unsererseits besteht.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Hausarzt: _____

Nervenarzt: _____

Krankenkasse: _____

Teilnahme an der Informationsveranstaltung am: _____

2. Unter welchen Beschwerden leiden Sie derzeit?

3. Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden?

seit ca. _____ (Datum oder Jahre/Monate/Wochen)

4. Traten die Beschwerden in der Vergangenheit schon einmal auf?

nein

ja, in folgenden Zeiträumen: _____

5. Befinden Sie sich aufgrund Ihrer Beschwerden bereits in ambulanter Behandlung?

- ja, seit _____
- aktuell nicht, aber zurückliegend in folgenden Zeiträumen _____
- nein, bisher keine ambulante Behandlung

6. Bei welchen Ärzten/Psychotherapeuten waren/sind Sie bereits wegen der Beschwerden in Behandlung?

| Name des Behandlers | Fachrichtung | Beginn der Behandlung | Datum des letzten Besuchs |
|---------------------|--------------|-----------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Wurden Sie bereits stationär oder teilstationär behandelt?

- nein
- ja, in folgenden Kliniken:

| Name der Klinik | Fachrichtung | Behandlungszeit |
|-----------------|--------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

8. Nehmen Sie zurzeit Medikamente gegen psychische und körperliche Beschwerden ein?

- nein, noch nie
- nein, ich habe eine Verordnung bekommen, nehme sie aber nicht ein
- nein, früher habe ich folgende Präparate eingenommen:
- ja, ich nehme folgende Präparate ein:

| Medikamentenname | morgens | mittags | abends | zur Nacht | Einnahme seit/bis |
|------------------|---------|---------|--------|-----------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

9. Leiden Sie zusätzlich unter körperlichen Beschwerden?

- nein ja, und zwar unter folgenden Beschwerden: _____

10. Sie waren bereits bei einer unserer Informationsnachmittage, um sich ein Bild von der Tagesklinik zu machen und allgemeine Fragen zu klären. Fällt Ihnen noch etwas ein, das Ihnen wichtig erscheint und einer unbedingten Klärung vor einer Aufnahme bedarf?

11. Welche Ziele möchten Sie in der tagesklinischen Behandlung erreichen?

12. Wie würden Sie Ihre aktuellen Beschwerden auf einer Skala von 1 – 10 einordnen?

(0 = keine Beschwerden)

(10 = äußerst schwer ausgeprägt)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Liegen bei Ihnen Faktoren vor, die Sie zusätzlich belasten, wenn ja, in welchen der folgenden Bereiche?

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Familie/Kinder |
| <input type="checkbox"/> Arbeit/Beruf/Schule/Studium | <input type="checkbox"/> Finanzen/Schulden |
| <input type="checkbox"/> Wohnsituation/Unterkunft | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

14. Wie oft trinken Sie Alkohol?

- täglich, bitte mit Angabe der Höchstdosis: _____
 _____ mal in der Woche/Höchstdosis: _____
 regelmäßig an den Wochenenden/Höchstdosis: _____
 nur bei Anlässen wie Geburtstage/Feiern
 nie
 sonstiges (Beruhigungsmittel/Drogen): _____

Falls ein Suchtproblem vorliegen sollte, sprechen Sie mit uns bitte persönlich darüber, ob aktuell eine tagesklinische Behandlung ausreichend ist.

15. Familienstand

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft, gemeinsame Wohnung |
| <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft, getrennte Wohnung | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> ledig |

16. Falls Sie Kinder haben, geben Sie bitte Anzahl, deren Alter und Geschlecht an:

- _____
- keine eigenen Kinder

17. Mit welchem Verkehrsmittel werden Sie die Tagesklinik erreichen? (Eine Anreise am Aufnahmetag als Fahrer eines Pkw/Motorrades ist nicht möglich).

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zu Fuß | <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad |
| <input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln | <input type="checkbox"/> mit dem Auto (als Beifahrer) |
| <input type="checkbox"/> mit dem Auto (ausschließlich auf eigene Verantwortung und nach vorheriger Absprache mit der Stationsärztin) | |

18. Sind Sie derzeit berufstätig? ja, tätig als _____
- ja, aber krankgeschrieben seit dem: _____
 - nein
 - ich habe einen Nebenerwerb für geringfügig Beschäftigte
 - ich bin Hausfrau/Hausmann
 - ich bin selbständig

Sie haben unten nun die Möglichkeit, ergänzende Informationen mitzuteilen, die Ihnen wichtig erscheinen. Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns herzlich und freuen uns, sie in der Tagesklinik begrüßen zu dürfen!

Ihr Team der Tagesklinik
