



**Angaben zu meiner Person**

Name, Vorname: .....  
 Straße: .....  
 PLZ, Ort + Bundesland: .....  
 Telefon Privat: .....  
 Telefon Mobil: .....  
 Email: .....

Datum .....  
 Krankenkasse/Versicherung: .....  
 Beihilfe in %: .....  
 Geburtsdatum und Alter in Jahren: .....  
 Größe: ..... Gewicht: ..... BMI: .....  
 Beruf: .....  
 Es besteht ein laufendes/geplantes EU-Rentenverfahren.  
 Ein Reha-Antrag ist  gestellt  bewilligt  abgelehnt.  
 Ich bin arbeitsunfähig geschrieben seit .....

Ich wünsche folgende Wahlleistung/en :

- Chefarzt-Behandlung; versichert bei .....
- Einzelzimmer mit kostenpflichtigen Komfortleistungen (u.a. eigene Du/WC für z.Z. 40,87 €/Tag).

**Aktuelle Behandlungen**

- Ja, ich befinde mich aktuell in ambulanter Psychotherapie
  - bei (Name d. Behandlers) ..... seit ..... Anzahl Sitzungen ca. ....
  - Art der Therapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychol. Therapie oder sonstiges) .....
- Nein, ich befinde mich aktuell nicht in ambulanter Psychotherapie → Bitte geben Sie hierfür den Grund an: .....
- Ich bin in psychiatrischer Behandlung bei: .....
- Sonstige Behandlungen in Bezug auf die psychischen Beschwerden: .....

**Vergangene stationäre Behandlungen**

Bitte führen Sie alle vergangenen vollstationären und teilstationären Behandlungen auf.  
 Inwiefern konnten Sie von dieser Behandlung profitieren? Wovon genau? Bzw. wovon nicht?

| Jahr | Art (Psychiatrie/Psycho-somatik/Rehabilitation) | Klinik | Wirksamkeit von 1(☹)-10 (☺) | ggf. Erläuterung |
|------|---|--------|-----------------------------|------------------|
|      |   |        |                             |                  |
|      |   |        |                             |                  |
|      |   |        |                             |                  |
|      |   |        |                             |                  |

**Erkrankungsbild**

Bitte geben Sie die Diagnosen/Krankheitsbilder an, die für die Aufnahme relevant sind. Bitte kreuzen Sie im grauen Bereich diejenigen Erkrankungsbilder an, die bei Ihnen bereits diagnostiziert wurden (in den vergangenen 12 Monaten) oder Ihrer Ansicht nach vermutlich vorliegen. Geben Sie an, inwiefern die folgenden Beschwerden bei Ihnen vorliegen und konkretisieren Sie ggf. Ihre Angaben. **Markieren Sie bitte die Hauptdiagnose für den geplanten Aufenthalt.**

|  |   |
|--|---|
| ⇒ <b>Depression</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Fällt es Ihnen schwer, einem geregelten Tagesablauf nachzugehen (z.B. Frühstück, Duschen, Erledigungen...)?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      Erläuterung zu depressiven Beschwerden: | ⇒ <b>Ängste</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Meine Ängste beziehen sich auf (z.B. Panikattacken, soziale Ängste, Zukunftsängste): |
| ⇒ <b>Essstörungen</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Bitte beschreiben Sie Ihr Essverhalten genauer:   | ⇒ <b>Burnout/Stress</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Bitte beschreiben Sie die Ursachen genauer:                                  |

|   |  |
|---|--|
| <b>⇒Trauma</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br><input type="checkbox"/> Einzelne traumatische Erfahrung in Jugend/Erwachsenenalter (z.B. Erleben von Gewalt, Unfällen, Naturkatastrophen)<br><input type="checkbox"/> Wiederholende Erfahrungen von schwerem physischen oder psychischem Missbrauch in früher Kindheit<br><input type="checkbox"/> Sonstige Traumata<br>ggf. mit: <input type="checkbox"/> Flashbacks <input type="checkbox"/> Dissoziationen <input type="checkbox"/> Hoher Anspannung/Schreckhaftigkeit <input type="checkbox"/> Vermeidung von:<br>Erläuterung: |  |
| <b>⇒Zwänge</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Erläuterung (welche Zwänge? Wie viel Zeit beanspruchen sie am Tag?):  | <b>⇒Suchterkrankung</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Konsum von Art/Menge/Häufigkeit:  |
| <b>⇒Borderline-Störung</b> <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Erläuterung (z.B. Auswirkungen in Beziehungsgestaltung, heftige Gefühle, selbstschädigendem Verhalten)  | <b>⇒Körperliche Beschwerden mit psychischen Faktoren</b><br><input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>z.B. Somatisierungsstörung, Schlaf, stressabhängige Migräne/Asthma: |
| <b>⇒Bipolare Störung / Psychose / Schizophrenie/Wahn</b><br><input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Erläuterung (Häufigkeiten und Art von Manie/Wahnvorstellungen, seit wann bestehend, aktueller Stand der Symptome):   | <b>⇒Weiteres</b> (z.B. wechselnde Persönlichkeiten)<br><input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet<br>Erläuterung:   |

| <b>Fragen zu zwischenmenschlichen Beziehungen</b> (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an):<br>1 = gar nicht   2 = eher nicht   3 = eher zutreffend   4 = stark zutreffend |   |
|---|---|
| Es ist schwierig für mich alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ausgiebig den Rat und die Bestätigung anderer einzuholen.                                       | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Ich kann den Gedanken schwer ertragen, dass mich jemand verlassen oder im Stich lassen könnte.  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Ich mache häufiger die Erfahrung, dass andere mich verletzen, ausnutzen oder hintergehen wollen.  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Im Gegensatz zu den meisten anderen habe ich wenig Bedürfnis nach Nähe oder nach tiefgehenden Beziehungen.  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Ich bin leicht zu reizen und werde schnell aggressiv anderen gegenüber.   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Ich mache oft die Erfahrung, dass meine Erwartungen an andere enttäuscht werden.  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Sogar in einer intimen Beziehung traue ich mich kaum, meine Gefühle und Gedanken preiszugeben.  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |

*Weitere wichtige Angaben*

|  |
|--|
| <b>Warum halten Sie eine vollstationäre Aufnahme aktuell für unumgänglich?</b> |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                       |

|  |   |
|--|---|
| <b>Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen? Wenn ja: Was? Wie viel? Wie oft?</b>  |   |
|  |   |
| Können Sie während des <b>gesamten Aufenthaltes abstinent</b> sein   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu? (wie? bei welchen Auslösern? Häufigkeit?)</b>  |   |
|  |   |
| <b>Ich vermute folgende Ursachen oder Auslöser meiner Probleme (Stichpunkte):</b>  |   |
|  |   |
| <b>Ich möchte konkret Folgendes erreichen bzw. verändern:</b>  |   |
|  |   |
| <b>Bitte kreuzen sie diejenige Antwort an, die in den letzten 4 Wochen am ehesten auf Sie zutrifft:</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Ich habe nicht daran gedacht, mir etwas anzutun.<br><input type="checkbox"/> Ich denke zwar (zeitweise) daran, mir etwas anzutun, würde es aber nicht in die Tat umsetzen.<br><input type="checkbox"/> Ich denke daran oder habe daran gedacht, mir etwas anzutun und könnte bzw. konnte mir vorstellen, es in die Tat umzusetzen.<br>ggf. Erläuterung: |   |
| Suizidversuche:  | Anzahl ..... zuletzt (Jahr): .....                        |
| <b>Aktuell relevante körperliche Erkrankungen (z.B. Herz-, neurologische, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma/Diabetes,), gesicherte oder Verdachtsdiagnose? Seit wann? Ausprägung bzw. Einschränkungen?</b>  |   |
|  |   |
| <b>Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten:</b> (Bitte beachten Sie, dass nur die hier angegebenen und nachgewiesenen Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei der Essensbereitung in unserem Haus berücksichtigt werden können)  |   |
|  |   |
| <b>Chronische Schmerzsymptomatik:</b>  |   |
|  |   |
| <b>Behandlungen/Anwendungen, die zwingend während des stationären Aufenthaltes durchgeführt werden müssen:</b>   |   |
|  |   |
| <b>Aktuelle Medikation:</b> (Präparat / gegen / Dosis / seit wann)   |   |
|  |   |
| <b>Was sonst noch wichtig ist:</b>   |   |
|  |   |

*Angaben für die Aufnahmeplanung:*

- Ich fühle mich in der Lage, an einem festen Gruppentherapieprogramm teilzunehmen.
- Ich kann an gemischten Gruppen (Männer und Frauen) teilnehmen.
- Ich kann mit männlichen und weiblichen Therapeuten arbeiten.
- Ich könnte eine Aufnahme innerhalb weniger Tage flexibel organisieren (Springer-Liste).
- Besonders bei der Aufnahme zu berücksichtigen: .....

.....  
Datum / Unterschrift

*Vielen Dank für die vollständige Beantwortung der Fragen und Ihr Vertrauen!*