



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:

Ich wünsche folgende Wahlleistung/en :

- Chefarzt-Behandlung; versichert bei
- Einzelzimmer mit kostenpflichtigen Komfortleistungen (u.a. eigene Du/WC) für z.Z. 34,58 €/Tag).

- Es besteht ein laufendes/geplantes EU-Rentenverfahren.
- Ein Reha-Antrag ist gestellt bewilligt abgelehnt.
- Ich bin arbeitsunfähig geschrieben seit

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/Psychosomatik/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.

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

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

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!