



Angaben zur Person

Name, Vorname: Straße: PLZ, Ort + Bundesland: Telefon / Mobil: Email: Wie möchten Sie angesprochen werden? m / w / non-binär Ich wünsche folgende Wahlleistung/en: <input type="checkbox"/> Chefarzt-Behandlung; versichert bei <input type="checkbox"/> Einzelzimmer mit kostenpflichtigen Komfortleistungen (u.a. eigene Du/WC für z.Z. 44,18 €/Tag) Meine aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> alleinlebend mit Kindern <input type="checkbox"/> mit Partner:in lebend <input type="checkbox"/> mit eigener Familie lebend <input type="checkbox"/> bei den Eltern lebend <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft lebend <input type="checkbox"/> in betreuter WG lebend	Datum: Krankenkasse/Versicherung: Beihilfe in %: Geburtsdatum und Alter in Jahren: Größe: Gewicht: BMI: Beruf: Folgendes trifft auf mich zu: <input type="checkbox"/> Es besteht ein laufendes/geplantes EU-Rentenverfahren <input type="checkbox"/> Ein Reha-Antrag ist <input type="checkbox"/> gestellt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> Ich bin arbeitsunfähig geschrieben seit Wie oft waren Sie schon bei uns? <input type="checkbox"/> Ich komme zum ersten Mal <input type="checkbox"/> Ich war schon 1x hier <input type="checkbox"/> Ich war schon 2x hier <input type="checkbox"/> Ich war schon 3 x hier <input type="checkbox"/> Ich war schon mehr als 3 x hier
---	--

Aktuelle Behandlungen

Ja, ich befinde mich aktuell in ambulanter Psychotherapie
 bei (Name d. Behandlers) seit Anzahl Sitzungen ca.
 Verhaltenstherapie Tiefenpsychol. Ther. Sonstige (z.B. Heilpraktiker:in)

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:

Frühere 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 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	Burnout/Stress <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet
Bitte beschreiben Sie Ihr Essverhalten genauer:	Bitte beschreiben Sie die Ursachen genauer:
Trauma <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet	
<input type="checkbox"/> Einzelne traumatische Erfahrung in Jugend/Erwachsenenalter (z.B. Erleben von Gewalt, Unfällen, Naturkatastrophen) <input type="checkbox"/> Wiederholte Erfahrungen von schwerem physischem oder psychischem Missbrauch in früher Kindheit <input type="checkbox"/> Sonstige Traumata ggf. mit: <input type="checkbox"/> Flashbacks <input type="checkbox"/> Dissoziationen <input type="checkbox"/> Hoher Anspannung/Schreckhaftigkeit <input type="checkbox"/> Vermeidung von: Erläuterung:	
Zwänge <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet	Suchterkrankung <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet
Erläuterung (welche Zwänge? Wie viel Zeit beanspruchen sie am Tag?):	Konsum von Art/Menge/Häufigkeit:
Borderline-Störung <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet	Körperliche Beschwerden mit psychischen Faktoren <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet
Erläuterung (z.B. Auswirkungen in Beziehungsgestaltung, heftige Gefühle, selbstschädigendem Verhalten):	z.B. Chronische Schmerzstörung, Somatisierungsstörung, Schlaf, stressabhängige Migräne/Asthma:
Bipolare Störung / Psychose / Schizophrenie / Wahn <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet	Weiteres (z.B. wechselnde Persönlichkeiten) <input type="checkbox"/> diagnostiziert <input type="checkbox"/> vermutet
Erläuterung (Häufigkeiten und Art von Manie/Wahnvorstellungen, seit wann bestehend, aktueller Stand der Symptome):	Erläuterung:
Fragen zu zwischenmenschlichen Beziehungen (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an): 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

Bitte umblättern

Ihr stationärer Aufenthalt

Warum halten Sie eine vollstationäre Aufnahme aktuell für unumgänglich?
Ich vermute folgende Ursachen oder Auslöser meiner Probleme (Stichpunkte):
Es kann mir besser gehen, wenn sich Folgendes ändert:
a) b) c) d) ...

Fragen zu Ihren Schwierigkeiten (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an): 1 = gar nicht 2 = eher nicht 3 = eher zutreffend 4 = stark zutreffend	
Ich habe Kontrolle über mein psychisches Wohlergehen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Der Gedanke, neue Verhaltensweisen auszuprobieren, regt mich an.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich erkenne einen Zusammenhang zwischen meinem Verhalten und meinen Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich bin aus eigenem Antrieb hier, um aktiv an mir zu arbeiten.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Die mit der Therapie verbundenen Anstrengungen werden sich lohnen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ich fühle mich den Herausforderungen einer Veränderung gewachsen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Wie regelmäßig konsumieren Sie die folgenden Substanzen? 1 = nie 2 = weniger als einmal im Monat 3 = ein bis mehrmals pro Monat 4 = einmal pro Woche oder häufiger 5 = täglich	Wenn häufiger als „nie“: Wann haben Sie diese Substanzen zuletzt konsumiert?
Alkohol (z.B. Bier, Wein, Schnaps)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 zuletzt am ____ . ____ . _____
Nikotin (z.B. Zigaretten, e-Zigaretten, Schnupftabak)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 zuletzt am ____ . ____ . _____
Cannabis (z.B. Joints, Bong, Edibles, Vaporizer)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 zuletzt am ____ . ____ . _____
Kokain (z.B. Pulverform, Crack)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 zuletzt am ____ . ____ . _____
Amphetamine (z.B. MDMA, Speed, Crystal Meth)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 zuletzt am ____ . ____ . _____
Opioide (z.B. Heroin, Methadon, Fentanyl)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 zuletzt am ____ . ____ . _____
Psychoaktive Substanzen (z.B. LSD, Magic Mushrooms, DMT)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 zuletzt am ____ . ____ . _____
Können Sie während des gesamten Aufenthaltes abstinent sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein, ggf. Erläuterung:	
Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bitte erläutern (z.B. wie, bei welchen Auslösern? Häufigkeit?)	
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):

Ihre körperliche Versorgung bei uns

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. Fruktose- bzw. Histaminunverträglichkeit können bei uns nicht berücksichtigt werden.)
Behandlungen/Anwendungen, die <u>zwingend</u> 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! Wir verarbeiten Ihre in diesem Bogen angegebenen personenbezogenen Daten nach Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO ausschließlich zum Zweck der Aufnahme, Behandlung und Betreuung. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nur an befugte Stellen weitergegeben.