

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im ersten Gespräch mit Ihrem Arzt/Therapeuten soll genügend Zeit für Ihre Probleme sein. Damit wichtige Aspekte nicht übersehen oder vergessen werden, bitten wir Sie, auf den folgenden Bögen – die wie alle ärztlichen/therapeutischen Unterlagen selbstverständlich vertraulich behandelt werden – um genaue Information. Bitte haben Sie Verständnis für unser Interesse auch an Ihrem beruflichen Werdegang und Ihre aktuellen Lebensumstände. Diese Auskünfte sind wichtig, um die Auslöser Ihrer Erkrankung zu erfassen und die Notwendigkeit von Hilfen bei ggf. vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren mit Ihnen besser klären zu können.

Bitte nehmen Sie sich Zeit zum Ausfüllen.

Bringen Sie die **ausgefüllten Bögen sowie alle Ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen zur Aufnahme mit.**

1

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliche Angaben:

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Ort: .....

Telefonnummer: .....

E-Mailadresse: .....

**1. Krankheitsanamnese**

**1.1 Die Initiative für die jetzige stationäre/teilstationäre Aufnahme**  
ging aus von

mir / behandelndem Arzt / Psychotherapeuten

Krankenkasse, MDK

Betreuer/Bevollmächtigter

Familienangehörige.....

1.).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**1.2 Welche Beschwerden und Einschränkungen**  
stehen für Sie **zurzeit im Vordergrund?**

(z.B. Wo? Seit wann?  
Wie stark? Wie häufig? Wie  
lange? In Ruhe oder bei  
Belastung?  
Tageszeitabhängig?)

2.).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>1.3 Krankheitsverständnis: Welche Ursachen haben Ihre Beschwerden Ihrer Meinung nach?</p>	<p>..... ..... .....</p>
<p>1.4 Bisheriger Verlauf Beeinträchtigungen</p> <p>Bitte schildern Sie den bisherigen <b>Verlauf Ihrer Erkrankung</b> (einschließlich wichtiger Untersuchungen und Behandlungen)</p>	<p>A) Wann traten die ersten Beschwerden auf? Welche? ..... ..... .....</p> <p>B) Welche Diagnosen wurden gestellt? ..... ..... ..... .....</p> <p>C) Welche Medikamente haben Sie erhalten? Wann? Wie lange? Wenn wurden Medikamente abgesetzt? Welche und warum? ..... ..... ..... .....</p> <p>D) Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.B. CT Schädel, EEG)? ..... .....</p> <p>E) Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? (z.B. Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben) ..... .....</p>
<p>1.5 Fühlen Sie sich über Ihre <b>Erkrankung</b> ausreichend informiert?</p>	<p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein, weil .....</p> <p>.....</p>

<p>1.6 Bei welchen <b>Tätigkeiten</b> sind Sie durch Ihre Krankheit <b>eingeschränkt</b>?</p>	<p>Im Alltag: .....</p> <p>.....</p> <p>..... <input type="radio"/> Keinen</p> <p>Im Beruf: .....</p> <p>.....</p> <p>..... <input type="radio"/> Keinen</p> <p>Die Einschränkungen können ausgeglichen werden durch (z.B. Krankengymnastik, Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, Ruhe):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

<p>1.7 Welche <b>Therapien</b> haben Sie erhalten oder selbst durchgeführt? (Psychotherapie, alternative Heilmethoden)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Im Zeitraum: _____</p>
<p>Betreiben Sie in Ihrer Freizeit regelmäßig <b>Sport</b>? Ggf. bitte Sportart angeben</p>	<p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja ..... zusammengenommen durchschnittlich ca. .... Stunden / Woche</p>
<p>Sind Sie Mitglied einer <b>Selbsthilfegruppe (z.B. Suchtgruppe, Angehörigengruppe, Depressionsgruppe)</b>?</p>	<p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja .....</p>
<p>1.8 Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie <b>zurzeit</b> regelmäßig oder bei Bedarf ein? Bitte geben Sie sämtliche Medikamente einschließlich der Dosierung an</p>	<p>Name des Medikamentes - morgens - mittags - abends - z. Nacht / b. Bedarf</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>3.....</p>

	4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10.....
1.9 Bei welchen <b>Ärzten/Therapeuten</b> befinden Sie sich in Behandlung? ((Name, Anschrift, Fachrichtung) wir bitte genaue Angaben der Adresse)	Hausärztin/Hausarzt: ..... ..... ..... ..... Psychiaterin/Psychiater: ..... ..... Psychotherapeutin/Psychotherapeut: ..... ..... Sonstige Fachärzte: .....
1.10 Wer ist Ihr naher Angehöriger? Wie können wir Ihn/Sie im Notfall erreichen?	1. <u>Person</u> Name: ..... Adresse: ..... Telefonnummer: ..... 2. <u>Person</u> Name: ..... Adresse: ..... Telefonnummer: .....
1.12 Ich bin damit einverstanden, dass Sie Kontakt zu den o.g. nahen Angehörigen aufnehmen und zu meiner Person Fragen stellen, wenn dies den Therapiezwecken dient. <b>Dazu entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht.</b>	
Name Angehörige/r: ..... .....	
Datum	Unterschrift Patient

## 2. Eigen- und Vegetativanamnese

2.1  
**Unter welchen dieser Beschwerden leiden sie?**

Bitte ankreuzen

	ja	nein
Schlafstörung		
Durchschlafstörung		
Appetitstörung		
Gedankenstörung		
Gedankenkreisen		
Negative Gedanken		
Sprachstörung		
Rückzug von anderen Menschen/ Interessen		
Sorgen um andere Menschen? Wenn ja, welche?		
Ängste Wenn ja, welche?		
Existenzsorgen		
Konzentrationsstörungen		
Vergesslichkeit		
Sehen Sie Dinge, die andere nicht sehen?		
Hören Sie Stimmen, die andere nicht hören?		
Wahrnehmungen, die Sie besorgen? Wenn ja, welche?		

Ist der Antrieb den Tag zu meistern verändert? Wenn ja wie?

.....

.....

.....

.....

Meine Beschwerden sind hier nicht aufgeführt und sind die nachfolgenden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>2.2 Weitere relevante <b>Erkrankung/ Operationen/ Unfälle</b> Geben Sie hier bitte Ihre <b>körperlichen Erkrankungen</b> an (z.B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten, Verletzungen, Knochenbrüche, Operationen) in der <b>zeitlichen Reihenfolge ihres Auftretens</b> an.</p>	<p>..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... <b>Bluthochdruck:</b> bekannt seit ..... behandelt seit .....</p> <p><b>Diabetes mellitus:</b> bekannt seit ..... behandelt seit .....</p> <p><b>Fettstoffwechselstörung:</b> bekannt seit ..... behandelt seit .....</p> <p><b>Erhöhte Harnsäure:</b> bekannt seit ..... behandelt seit .....</p> <p>Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten: ..... .....</p>
<p>2.3 Frühere stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus oder Reha-Klinik? (bitte mit Jahr, Ort und Grund)</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja ..... ..... .....</p>
<p>2.4 Vegetative Anamnese (bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. mit Zusatzangaben)</p>	<p>Appetit: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> vermehrt <input type="radio"/> vermindert Durst: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> vermehrt <input type="radio"/> vermindert Gewichtsverhalten: <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> Zunahme <input type="radio"/> Abnahme .....kg in..... <input type="radio"/> Monaten <input type="radio"/> Jahren Stuhlgang: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung Abführmittelgebrauch: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wasserlassen: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Brennen seit .....</p> <p><input type="radio"/> verzögerter Beginn <input type="radio"/> nachts .....-mal</p> <p><b>Schlaf:</b> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Einschlafstörung <input type="radio"/> Durchschlafstörung Bei Schlafstörung: Warum ist der Schlaf gestört? .....</p> <p><input type="radio"/> Atempausen <input type="radio"/> ausgeprägtes Schnarchen Nachtschweiß: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Husten: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>

<p>2.5 Haben Sie Metall in ihrem Körper? (für MRT) Damit sind u.a. Herzschrittmacher, künstliche Gelenke, Platten, Bombensplitter, Metallnägel bei Knochenbrüchen gemeint.</p>	<p><input type="radio"/> ja                      <input type="radio"/> nein</p>
<p><b>2.6 Krebsvorsorgeuntersuchungen (z.B. Frauenarzt, Urologe, Darmspiegelung)</b></p>	<p><input type="radio"/> Noch nie                      <input type="radio"/> Unregelmäßig <input type="radio"/> Regelmäßig Zuletzt am .....</p> <p>Unauffällig <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein, weil .....</p>

<p><b>2.7 Familienanamnese</b> Gibt es gehäuft Erkrankungen in Ihrer Familie? (z.B. psychische Erkrankungen Diabetes, Rheuma, Herzerkrankung, Schuppenflechte, Schlaganfälle, Epilepsie)</p>	<p>..... ..... .....</p>
--	----------------------------------

<h3>3. Suchtanamnese</h3>	
<p>3.1 Suchtmittel</p>	<p>Zigarettenkonsum: <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> Rauchen aufgegeben seit .....</p> <p><input type="radio"/> Ja, Menge: ..... Zig./Tag seit .....</p> <p>Alkoholkonsum: <input type="radio"/> keiner   <input type="radio"/> gelegentlich   <input type="radio"/> regelmäßig   <input type="radio"/> täglich</p> <p>Cannabiskonsum:   <input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein</p> <p>Amphetamine und andere Substanzen: <input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein</p> <p>Spielsucht: <input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein</p>
<p>3.2 Waren Sie schonmal in einer Langzeittherapie zur Suchtbehandlung</p>	<p><input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein</p> <p>Wenn ja, wo? .....</p>
<p>3.3 Hatten Sie schonmal Krampfanfälle/Delire im Zusammenhang mit einer Entzugstherapie?</p>	<p><input type="radio"/> ja            <input type="radio"/> nein</p>



### 4. Psychotherapie

4.1 Haben Sie jemals eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen?

ja, seit .....  nein

4.2. Sind oder waren sie in Psychiatrischer Behandlung?

ja, seit.....  nein

### 5. Sozialmedizinische und Arbeitsanamnese

5.1 Familienstand

ledig  verheiratet  alleinstehend  in fester Partnerschaft lebend

geschieden seit.....  getrennt lebend, seit .....

verwitwet: seit.....

Zahl der Kinder: ..... davon noch zu versorgen: .....  
wegen (z.B. Schüler, Behinderung):

.....

Wer versorgt Ihre Kinder während des Klinikaufenthaltes?

.....

Ist das Jugendamt bezüglich Kinderbetreuung während Ihres Klinikaufenthaltes involviert?

ja  nein

**5.2 Belastungen im sozialen Umfeld**

(z.B. Pflege eines schwer erkrankten Familienangehörigen, problematische Wohnungssituation, finanzielle Ängste, familiäre u./o. berufliche Stresssituationen usw.)?

Nein

Ja .....

.....

.....

.....

.....

5.3 Ist bei Ihnen eine **Behinderung anerkannt?**

Nein

Ja: GdB ..... Merkzeichen: .....

5.4 Beziehen Sie **Rente?**

Nein

Ja: seit .....

<p>5.5 Haben Sie einen <b>Rentenanspruch</b> gestellt?</p>	<p>Wegen Erwerbsminderung: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am.....</p> <p>Altersrentenanspruch: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am.....</p> <p>Ich bin in Altersteilzeit: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, seit.....</p> <p>Derzeit laufendes Widerspruchsverfahren <input type="radio"/> Ja seit.....</p> <p>Derzeit laufendes Sozialgerichtsverfahren <input type="radio"/> Ja seit.....</p>
<p>5.6 Schulabschluss?</p>	<p><input type="radio"/> Keiner <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Mittlere Reife <input type="radio"/> Abitur</p>
<p>5.7 Erlerner Beruf? Abschluss?</p>	<p>.....</p> <p>Abschluss: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>5.8 Derzeitige bzw. zuletzt ausgeübte <b>berufliche Tätigkeit?</b></p>	<p>Beruf: .....</p> <p>Seit / ab: ..... <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit ..... Std. / Wo.</p> <p>Ich bin geringfügig beschäftigt: <input type="radio"/></p> <p>Früh-/Spätschicht: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: .....</p> <p>Nachtschicht: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:.....</p>
<p>5.9 Arbeitsunfälle und anerkannte <b>Berufserkrankungen</b> mit Verlauf und Datum</p>	<p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja: .....</p> <p>.....ggf. GdB: .....</p>
<p>5.10 Beschreiben Sie bitte Ihren <b>Arbeitsplatz, typische Arbeitsabläufe</b> und Ihre <b>Arbeitshaltung</b>.</p> <p>Sollten Sie arbeitslos sein, beschreiben Sie bitte die <b>letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit</b>.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ich kann im Sitzen arbeiten <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: ..... % der Zeit</p> <p>Ich kann im Stehen arbeiten <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: ..... % der Zeit</p> <p>Ich arbeite überwiegend im Gehen (z.B. Boten) <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: ..... % der Zeit</p> <p>Ich arbeite mit viel Bücken <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p>Ich muss viel Heben und Tragen <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p>Wenn ja: Welche Gegenstände heben oder bewegen Sie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

	<p>Stehen Hilfsmittel zur Verfügung? .....</p> <p>Sind sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?  <input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein, weil.....                  .....</p> <p>Probleme/Konflikte?:.....                  .....</p> <p>Bestehen Belastungen durch:  <input type="radio"/> Arbeitsdruck   <input type="radio"/> Akkordarbeit   <input type="radio"/> Lärm   <input type="radio"/> Kälte/Nässe  <input type="radio"/> Gefahrenstoffe   <input type="radio"/> sonstiges: .....                  .....</p>
<p>5.11 Mussten Sie Ihren <b>Beruf krankheitsbedingt wechseln</b> (bitte jeweils mit Datum und Begründung)?</p>	<p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja .....                  .....</p>
<p>5.12. Erfolgt <b>Umschulungen</b> oder andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (bitte jeweils mit Datum und Begründung)?</p>	<p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja: .....                  .....</p>
<p>5.13 Sind Sie <b>zurzeit arbeitslos</b>?</p>	<p><input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja, seit .....</p> <p>Ich habe eine neue Stelle in Aussicht: <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein</p> <p>Kündigungsgrund: .....                  .....</p>

<p><b>5.14 Arbeitsunfähigkeit</b> (bitte jeweils mit Grund)</p> <p>(„Krankschreibung“) in den letzten 12 Monaten <b>insgesamt?</b></p>	<p>Zurzeit bin ich arbeitsunfähig geschrieben: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja, seit.....</p> <p>wegen .....</p> <p>.....</p> <p>In den letzten Monaten war ich arbeitsunfähig geschrieben:</p> <p><input type="radio"/> keine Krankschreibung</p> <p><input type="radio"/> bis unter 3 Monate</p> <p><input type="radio"/> 3 bis unter 6 Monate</p> <p><input type="radio"/> 6 und mehr Monate</p>
--	---

**6. Ziele und Erwartungen an den stationären/teilstationären Aufenthalt**

<p>Welche <b>Erwartungen</b> haben Sie an ihre Behandlung Aufenthalt, welche Ziele und Hauptanliegen?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Sonstige Anmerkungen, z.B.</b> was Ihnen noch wichtig ist und wir unbedingt wissen sollten</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Schwalmstadt, den ..... Unterschrift Patient.....