

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in einer unserer Tageskliniken. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Auf der Grundlage Ihrer Angaben möchten wir einen möglichst umfassenden Eindruck von Ihnen gewinnen, um so für Sie eine Therapie, die Ihren Beschwerden entspricht, planen zu können. Beantworten Sie bitte deshalb die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Es gibt keine falschen und richtigen Antworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen **per Mail an:** tk-sjw@alexianer.de

oder **per Fax an:** (030) 92790-762

oder **postalisch an:**

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee
Tagesklinikzentrum St. Wunibald
Gartenstr. 35
13088 Berlin

Persönliche Angaben

Name, Vorname	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ohne Wohnsitz

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zur Klärung meiner Aufnahme mit mir per E-Mail oder Telefon Kontakt aufnehmen (Einwilligung gemäß §6 Nr.2 DSGVO): ja / nein

Krankenkasse:

Ich bin **gesetzlich krankenversichert**

Ich bin **privat krankenversichert**

Eine Aufnahme ist für mich möglich

ab sofort erst ab dem

Grund:

Sozialdaten

Geburtsdatum:

Geschlecht: divers / weiblich / männlich

Partnerschaft: kein fester Partner fester Partner / getrennt lebend fester Partner / zusammenlebend

Kinder: nein ja: wie viele?

Wohnsituation:

eigener Haushalt (ggf. mit Partner /Familie) bei den Eltern WG sonstiges

Größe:

Gewicht:

Berufliche Situation:

berufstätig, aktuell als

in Ausbildung/Studium zum

ohne Berufsabschluss arbeitslos gemeldet

Hausfrau/-mann, nicht berufstätig Frührente / Altersrente/ Pension

Erwerbsminderungsrente Berufsunfähigkeitsrente sonstiges

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig nein / ja

Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen? Wochen

Besteht eine körperliche Behinderung? nein / ja

Wenn ja, Grad der Behinderung (GdB):

Streben Sie eine Berentung an oder besteht ein laufendes Rentenverfahren? nein / ja

Krankheitserleben

1. Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen psychischen Beschwerden oder Probleme, aufgrund derer Sie eine Behandlung in unserer Tagesklinik wünschen:

2. Welche Diagnosen (psychiatrisch und körperlich) haben Sie bisher erhalten?

1.

2.

3.

3.. Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie durch die beantragte Behandlung erreichen möchten:

1.

2.

3.

4. Möchten Sie uns von sich aus noch etwas mitteilen?

5. Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Therapie berücksichtigt werden?
 Bitte kreuzen Sie jeweils nach Wichtigkeit für Sie die einzelnen Punkte an.

Unwichtig Weniger wichtig Wichtig Vordringlich

Depressionen
Ängste / Vermeidungsverhalten
Körperliche Beschwerden ohne erklärenden Befund
Chronische Schmerzen
Zwänge
Partnerschafts- / Beziehungsprobleme
Freundes / Bekanntenkreis
Beruf
Umgang mit Anspannung / Stress
Selbstverletzungen
Umgang mit überschießender Wut/ Aggression
Suizidgedanken
Umgang mit traumatischen Erinnerungen
Suchtverhalten

Gesundheitsverfassung und -verhalten

1. Benötigen Sie pflegerische Hilfe (beim Waschen, Ankleiden, Essen oder Trinken)?

nein ja, nämlich

Ich kann den Weg zur und von der Tagesklinik eigenständig bewältigen: nein / ja

2. Bestehen Sprachbarrieren?

Schwerhörigkeit Sprachverständnis andere

3. Bestehen Erbrechen, Heißhungerattacken oder gezielte Maßnahmen zur Gewichtsregulation?

nein ja, nämlich

4. Haben Sie in den letzten drei Monaten an Gewicht verloren oder zugenommen?

nein ja, nämlich kg

6. Bestehen Verhaltensweisen, die Sie oder andere beeinträchtigen?

nein

Medienkonsum, durchschnittlich Stunden am Tag

ja, nämlich

7. Rauchen Sie?

nein ja

Wenn ja, seit wann?

Wie viel Zigaretten / Tag?

Seit wann nicht mehr?

8. Trinken Sie Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

- nein ja, selten (< 4 x / Monat)
 ja, mehrfach pro Woche ja, täglich

9. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Drogen / Rauschmittel (inkl. Cannabis, Schlaf- und Beruhigungsmittel) eingenommen?

- nein ja, selten (< 4 x / Monat)
 ja, mehrfach pro Woche

Wenn ja, welche?

10. Sind Sie damit einverstanden, während Ihrer Behandlung in der Tagesklinik vollständig auf Alkohol und andere Drogen zu verzichten?

- ja Ich bin mir nicht sicher nein

11. Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt oder sich selbst absichtlich Schmerzen zugefügt?

- nein ja, aktuell ja, im Alter von _____ bis _____ Jahren

12. Haben Sie jemals körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt?

- nein ja (Fühlen Sie sich hierdurch heute noch in Ihrem Alltag beeinträchtigt? nein / ja)

Therapeuten und Behandlungen

Hausarzt*innen/Facharzt*innen: (Name/Adresse) Ist auch Einweiser*in

Psychiater*innen/Neurolog*innen: (Name/Adresse) Ist auch Einweiser*in

Sind Sie aktuell in ambulanter Psychotherapie? nein / ja,
seit _____ (Monat/Jahr) - bisherige Stunden ca. _____

Art der Therapie?

- Systemische Therapie
 Verhaltenstherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Analytische Psychotherapie
 andere

Psychotherapeut*innen: (Name/Adresse) Ist auch Einweiser*in

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? nein / ja, **bitte Medikationsplan vorlegen.**

Wunsch nach speziellem Therapieverfahren? (Verhaltenstherapie / tiefenpsychologisch orientierte verfahren) nein / ja,

Was war bei vergangenen Therapien hilfreich?

Vielen Dank! Nach Auswertung Ihrer Angaben setzen wir uns unverzüglich mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen und mögliche Fragen zu klären.

Hinweis zum Datenschutz:

Wir verarbeiten Ihre hier erhobenen Daten grundsätzlich nur, soweit dies zur Entscheidung über Ihre teilstationäre Aufnahme erforderlich ist. Die Angaben aus diesem Fragebogen werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt, spätestens nach 6 Monaten. Wenn wir Sie (teil-)stationär aufnehmen, wird dieser Fragebogen Teil Ihrer Behandlungsakte und unterliegt den hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.