

Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

E-Mail: info@wiegmann-klinik.de

Fax: (030) 3035 - 5759

Telefon: (030) 3035 - 5755

Liebe Patient*innen,

um Ihre Behandlung in unserer Klinik so gut wie möglich vorbereiten zu können, brauchen wir Ihre Unterstützung. Daher bitten wir Sie, sich für diesen Fragebogen Zeit zu nehmen. Damit wir Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten können, bitten wir um **korrekte und vollständige** Angaben.

Ihre personenbezogenen Daten werden im Rahmen der Aufnahme und Ihrer Behandlung zweckgebunden erhoben und nicht an Dritte weitergegeben. Zur Kontaktaufnahme benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse und Telefonnummer.

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ und Wohnort

E-Mail-Adresse

Telefon (mobil)

Krankenkasse

gesetzlich privat

1-Bett-Zimmer-Versicherung 2-Bett-Zimmer-Versicherung

Für welche Behandlungsform suchen Sie einen Platz?

nur Station

Diagnostik (nur Station, ca. 2 Wochen)

nur Tagesklinik

Stabilisierung/Intervalltherapie (ca. 4 Wochen)

Station / Tagesklinik nach Empfehlung

Regelbehandlung (ca. 6 – 8 Wochen, in manchen Fällen länger)

Falls Sie nur tagesklinisch oder nur stationär suchen, geben Sie hier bitte Ihre Gründe an:

1. Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht

divers weiblich männlich _____

3. Leben Sie derzeit in einer festen Partnerschaft?

nein ja, getrennt wohnend ja, gemeinsam wohnend

4. Haben Sie eigene Kinder?

nein ja wie viele? _____

5. Gibt es Kinder an deren Versorgung Sie beteiligt sind?

nein ja wie viele? _____

6. Ist die Versorgung der Kinder für die Dauer des tagesklinischen oder stationären Aufenthaltes gesichert?

nein ja

7. Wie ist Ihre Wohnsituation?

mit Partner*in/Familie alleine bei den Eltern
 in Wohngemeinschaft sonstiges: _____

8. Welchen Schulabschluss haben Sie?

noch in der Schule Sonderschulabschluss Hauptschulabschluss
 Mittlerer Schulabschluss / Mittlere Reife / Realschulabschluss
 Abitur/Fachhochschulreife ohne Schulabschluss
 sonstiges: _____

9. Welchen Berufsabschluss haben Sie?

noch in Berufsausbildung abgeschlossene Lehre Meister*in
 (Fach-) Hochschulabschluss ohne Berufsabschluss
 sonstiges: _____

10. Welche Beschäftigung/Berufstätigkeit üben Sie derzeit aus?

--

11. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (AU)?

- nein ja

12. Wie lange bestand in den letzten 12 Monaten insgesamt Arbeitsunfähigkeit (AU)?

_____ Wochen

13. Streben Sie eine Berentung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (BU oder EU) an oder gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

- nein angestrebt Antrag bereits gestellt
 Sozialgerichtsverfahren laufend Rente zeitlich befristet bewilligt
 bewilligte dauerhafte Rente

14. Schildern Sie bitte in Stichworten Ihre aktuellen (körperlichen und psychischen) Beschwerden oder Probleme (einschl. Gefühle, Gedanken)

15. Seit wann bestehen diese Beschwerden oder Probleme?

16. Wie wirken sich diese Beschwerden auf Ihren privaten und beruflichen Alltag aus?

17. Wie wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihre zwischenmenschlichen Beziehungen aus?

18. Was ist aus Ihrer Sicht der Auslöser Ihrer Beschwerden?

19. Welche Untersuchungen und Behandlungen (ambulant oder stationär) haben Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits erhalten?

20. Wurden Sie jemals (teil-) stationär in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Einrichtung behandelt? (einschließlich Sucht- und Entzugsbehandlungen oder Reha-Behandlungen)?

nein ja, und zwar in:

Einrichtung	Jahr	Dauer	Aufnahmegrund

21. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Medikament	Dosierung	Morgens – mittags – abends – zur Nacht

22. Sind Sie derzeit in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung?

- nein ja, bei (Name / Fachrichtung)

23. Sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

- nein ja, bei (Name / Fachrichtung)

- tiefenpsychologisch psychoanalytisch
 verhaltenstherapeutisch systemisch andere

Seit: _____ Bisherige Stundenzahl: _____

24. Wurde bei Ihnen bereits einmal eine Psychose oder eine manisch-depressive Störung diagnostiziert?

- nein ja

25. Besteht bei Ihnen derzeit eine chronische körperliche Erkrankung?

- nein ja

26. Besteht bei Ihnen eine körperliche Behinderung?

- nein ja

27. Benötigen Sie pflegerische Hilfe beim Fortbewegen, Waschen, Ankleiden, Essen oder Trinken?

- nein ja

28. Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder -allergien, die während eines Klinikaufenthaltes berücksichtigt werden müssen?

- nein ja, und zwar folgende: _____

29. Ihr Gewicht: _____ kg Ihre Körpergröße: _____ cm

30. Schnarchen Sie?

- nein ja

wenn ja: benutzen Sie ein PAP-Gerät? nein ja

31. Wie oft trinken Sie Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

- nie ja, etwa 1 mal / Monat ja, etwa 2 – 4 mal / Monat
 ja, etwa 2 – 3 mal / Woche ja, mind. 4 mal/Woche

32. Haben Sie jemals illegalisierte Drogen konsumiert?

- nein ja, innerhalb der letzten 6 Monate

ja, im Alter von _____ bis _____ Jahren

Wenn ja, welche? _____

33. Sind Sie damit einverstanden, im Vorfeld der Aufnahme und während des gesamten stationären bzw. teilstationären Klinikaufenthaltes, vollständig auf Alkohol/illegalisierte Drogen zu verzichten (auch während Zeiten, die nicht in der Klinik verbracht werden)?

- ja ich bin mir nicht sicher nein

34. Haben Sie Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

- nein ja

35. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

- nein ja

Wenn ja, wann fand der letzte Versuch statt (Monat/Jahr)? _____

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

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

37. Bestehen Vorstrafen oder gibt es eine gerichtliche Therapieaufgabe?

- nein ja

38. Haben Sie jemals körperliche Gewalt erlebt?

- nein ja

Wenn ja, fühlen Sie sich hierdurch heute noch in Ihrem Alltag beeinträchtigt?

- nein ja

39. Haben Sie jemals sexualisierte Gewalt erlebt?

- nein ja

Wenn ja, fühlen Sie sich hierdurch heute noch in Ihrem Alltag beeinträchtigt?

- nein ja

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

41. Wer sind Ihre aktuellen Behandler*innen?

Ein-/zuweisende*r Ärztin*Arzt

Name / Vorname

Telefon

PLZ und Wohnort

Straße / Nr.

Hausarzt*ärztin

Name / Vorname

Telefon

PLZ und Wohnort

Straße / Nr.

Psychiater*in bzw. Nervenarzt*ärztin

Name / Vorname

Telefon

PLZ und Wohnort

Straße / Nr.

Psychotherapeut*in

Name / Vorname

Telefon

PLZ und Wohnort

Straße / Nr.

42. Wissen Ihre aktuellen Behandler*innen von Ihrer Anmeldung bei uns?

nein ja

Wenn nein, warum nicht?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wir setzen uns nach Übersendung Ihrer Angaben schnellstmöglich mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen und mögliche Fragen zu besprechen.

Hinweis zum Datenschutz:

Wir verarbeiten Ihre hier erhobenen Daten nur, soweit dies zur Entscheidung über Ihre tagesklinische oder stationäre Aufnahme erforderlich ist. Die Angaben aus diesem Fragebogen werden Teil Ihrer Behandlungsakte und unterliegen den hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Ausführliche Informationen zum Datenschutz finden Sie im Internet unter <https://www.drk-kliniken-berlin.de/datenschutz>

Sie können das Formular per E-Mail an uns zurücksenden oder es ausdrucken und per Fax (030) 3035 - 5759 an uns senden.