

Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

E-Mail: psychosomatik@drk-kliniken-berlin.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



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.