

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie dieses Formular am Computer ausfüllen möchten, beachten Sie bitte folgenden Hinweis:
Mit dem kostenfreien Acrobat Reader ist es generell nicht möglich, Informationen in beschreibbaren PDF-Dokumenten zu speichern. Sie benötigen dazu ein Programm, das diese Funktionen anbietet. Unter folgendem Link gibt es den kostenfreien Nuance PDF Reader:
<http://www.nuance.de/products/pdf-reader>



Fragebogen für zukünftige Patientinnen und Patienten

der Helios Privatlinik Allgäu

Guten Tag,

wir freuen uns, dass Sie eine stationäre Behandlung in der Helios Privatlinik Allgäu anstreben. Um möglichst optimal beurteilen zu können, inwieweit wir mit dem therapeutischen Angebot unserer Klinik Ihren persönlichen Beschwerden und Erwartungen an eine Behandlung entsprechen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich

Datum des heutigen Tages: _____

1.) Angaben zur Person

Name, Vorname: _____ Gewicht: _____

Geburtsdatum : _____ Größe : _____

Straße, Hausnr.: _____

Wohnort: _____

Telefonnummer (tagsüber/abends). _____

Krankenkasse/ Kostenträger: _____

Wie sind Sie auf die Helios Privatlinik Allgäu aufmerksam geworden (Überweisung durch Arzt, Tipp von Bekannten, Selbsthilfegruppen, Internet usw.)

2.) Wurde bereits eine Kostenübernahme beantragt?

nein

ja, bei wem: _____

Rehabilitationsbehandlung (Deutsche Rentenversicherung, Krankenkassen usw.)

Krankenhausbehandlung (Akut; gesetzliche Kasse) mit Einweisung zur stationären Behandlung

Krankenhausbehandlung (private Krankenkasse)

Sonstige (z.B. Selbstzahler): _____

3.) Aktuelle Soziale Situation

a) Partnerschaftssituation:

kurzfristig keine Partnerschaft (bis 3 Jahre)

langfristig keine Partnerschaft (über 3 Jahre)

wechselnde Partnerschaften (eher unverbindlich)

verheiratet, verpartnert (eingetr. Lebensgemeinschaft)

feste Lebenspartnerschaft (unverheiratet)

Sonstiges (z.B. getrennt lebend, verwitwet)

b) Wohnsituation

allein lebend

mit Partner/Partnerin zusammenlebend

mit anderen zusammenlebend

(z.B. Familie, Freunde)

c) Geschlecht und Alter Ihrer Kinder: _____

d) berufliche Situation

zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

erlernte/r Beruf/e: _____

AU in den letzten 12 Monaten (Angabe in Wochen): _____

Arbeitsunfähig seit: _____ arbeitslos seit: _____

berentet seit: _____ Rentenantrag gestellt am seit: _____

arbeitsunfähig: _____

4.) Jetzige Beschwerden

a) Beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten diejenigen Problem und Beschwerden, aufgrund derer Sie einen Klinik-Aufenthalt wünschen (benutzen Sie ggf. ein Zusatzblatt)

b) Worin sehen Sie die Ursachen Ihrer Probleme? Beschreiben Sie diese Ursachen:

c) Wann sind Ihre Probleme/ Beschwerden erstmals aufgetreten? Beschreiben Sie die

Entwicklung:

d) Bitte kreuzen Sie alles an, was Sie betrifft:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit Freunde zu gewinnen |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Gedächtnis | <input type="checkbox"/> Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> ständiges Hautjucken | <input type="checkbox"/> Ladendiebstahl |
| <input type="checkbox"/> Wutanfälle | <input type="checkbox"/> Übergewicht/ Untergewicht | <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> übermäßiger Ehrgeiz |
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> Verwirrung |
| <input type="checkbox"/> Drogeneinnahme | <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholgenuss | <input type="checkbox"/> Scham |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu arbeiten | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> ständige Schmerzen | <input type="checkbox"/> häufiger Wechsel der Arbeitsstelle | <input type="checkbox"/> Interessen- und Freudlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> dauernder Hunger | <input type="checkbox"/> Zwangshandlungen (kontrollieren, waschen, putzen, horten etc.) | <input type="checkbox"/> spezifische Phobien (überzogene Angst vor bestimmten Objekten) |
| <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß | | |

e.) Sind Sie derzeit oder waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja nein

Falls ja, bei wem, wie lange und aus welchem Grund?

f.) Fühlen Sie sich im letzten halben Jahr beeinträchtigt durch Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

- nein ja

Falls ja: Haben Sie sich konkrete Suizidpläne gemacht? nein ja

g.) Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

- nein ja, Anzahl: _____ Datum des letzten Suizidversuchs: _____

h.) Gab es jemals in Ihrem Leben eine **mindestens 4-tägige Phase**, in der Sie eine/mehrere der folgenden Veränderungen bei sich feststellen konnten? Falls ja: Bitte Zutreffendes unterstreichen:
übermäßig gehobene oder gereizte Stimmung - deutlich erhöhter Rededrang - deutlich verringerter Schlafbedarf - vermehrte körperliche Aktivität - finanziell risikoreiches Verhalten

i.) Waren Sie jemals unmittelbar oder angedroht oder als Zeuge/Zeugin einem der folgenden Ereignisse ausgesetzt? Falls ja: Bitte Zutreffendes unterstreichen:
Tod/Lebensgefahr - schwere Verletzung - körperliche Gewalt - sexueller Übergriff

Bezogen auf die traumatischen Erfahrungen von Punkt i.)

j.) Sind Sie aktuell durch dieses Ereignis bzw. diese Ereignisse deutlich belastet? Falls ja: Bitte zutreffendes unterstreichen: *aufdrängende Erinnerungen/Gefühle - Wiedererleben - Schreckhaftigkeit - übersteigenden Wachsamkeit - Schlafstörungen - Alpträume - Vermeidung von Situationen/Personen, welche an das Ereignis erinnern*

k.) Erleben Sie sich immer wieder von Ihrem Körper oder der Umwelt abgespalten oder erleben Sie sich selbst oder die Umwelt unwirklich? Falls ja: Bitte Zutreffendes unterstreichen:

"wie in Watte" - "im falschen Film" - nicht richtig da" - "neben sich"

l.) Leiden Sie unter körperlichen Beschwerden? Falls ja: Bitte zählen Sie die Schlimmsten auf:

m.) Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (Vorerkrankungen, operative Eingriffe, Unfälle, Krankenhausaufenthalte)? Falls ja: Bitte zählen Sie alle auf:

n.) Welche Medikamente nehmen sie aktuell ein? (auch Bedarfsmedikation)

o.) Leiden Sie unter essbezogenen Problemen? Falls ja: Bitte Zutreffendes unterstreichen:

Essanfälle - Erbrechen - Abmagern - Diäten - Abführmittel- oder Appetitzüglergebrauch - sehr viel "Junk-Food" - zu wählerisches Essverhalten - Sonstiges:

p.) Führen Sie bitte Menge und Art des von Ihnen üblicherweise in letzter Zeit konsumierten Alkohols pro Woche auf (auch wenn Ihnen dies unproblematisch erscheint):

q.) Haben Sie jemals eine oder mehrere der folgenden Drogen konsumiert? Falls ja: Bitte Zutreffendes unterstreichen:

Cannabis - Heroin - Kokain - Amphetamin - Designerdrogen - andere: _____

Wann zuletzt? _____

r.) Treffen ein oder mehrere der folgenden Punkte auf Sie zu? Falls ja: Bitte Zutreffendes unterstreichen: *wechselhafte Beziehungen - unkontrollierte Wutausbrüche - häufiger Wechsel der Arbeitsstelle - Konflikte mit dem Gesetz - Unfähigkeit Freunde zu gewinnen - gewalttätiges Verhalten - Selbstverletzungen - Identitätsprobleme - mangelnde Orientierung - Impulsivität - widersprüchliche Stimmungen - Selbsthass - Beziehungsabbrüche - von Gefühlen überflutet werden - Angst vor Nähe - innere Leere*

s.) Wurde bei Ihnen von einem Psychotherapeuten/Psychiater eine oder mehrere der folgenden Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert? Falls ja: Bitte Zutreffendes unterstreichen: *Borderline - antisozial/dissozial - zwanghaft - ängstlich - abhängig - narzisstisch - paranoid - schizoid - andere:*
