

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst in Druckschrift aus.

Die Angaben des Bogens sind ausschließlich für Ihre Behandlung bestimmt und werden von uns vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

**Sollten Sie sich aktuell in einer teil- oder vollstationären Behandlung befinden, kann mit Ihnen erst ein Vorgespräch nach Entlassung vereinbart werden!**

Ich interessiere mich für:  Tagesklinik  SOM  EST  PsIA

**1. Allgemeine Angaben:**

**Ausfülldatum:**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Geschlecht:**

**Staatsangehörigkeit:**

**Geburtsort:**

**Straße und Hausnummer:**

**Postleitzahl und Wohnort:**

**Telefonnummer Festnetz:**

**Telefonnummer Mobil:**

**E-Mail-Adresse:**

**Krankenkasse (Name und Anschrift der Geschäftsstelle):**

**Besteht eine private Krankenversicherung oder Zusatzversicherung?**

**Falls ja, bitte nennen Sie die Versicherung und die Versicherungsnummer.**

**Hausarzt-/Hausärztin (Name und Anschrift):**

**Überweisende Ärztin/überweisender Arzt (Name und Anschrift):**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. Mödinger gez. Dr. P. Kundmüller	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 10.02.2025	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.2	Seite 1/9

**Sind Sie aktuell in einer teil- oder vollstationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung?**      Ja                       Nein

**Wenn ja, in welcher Klinik:**

**Sind Sie aktuell in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?**  
 Ja                       Nein

**Wenn ja, bei wem:**

seit wann:

## **2. Aktuelle Krankheitsgeschichte**

**Schildern Sie bitte Ihr jetziges Problem in Stichworten:**

**Seit wann bestehen die jetzigen Probleme oder Beschwerden? Wie wirken sich die Beschwerden auf Ihren Alltag/Ihre Arbeitsfähigkeit aus?**

**Ging diesem Zeitpunkt bestimmte Belastungen oder Lebensereignis voraus?**

**Wer oder was veranlasste Sie, sich zum jetzigen Zeitpunkt an unsere Klinik zu wenden?**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. Mödinger gez. Dr. P. Kundmüller	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 10.02.2025	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.2	Seite 2/9

**Hatten Sie früher schon einmal ähnliche Probleme oder Beschwerden?**

In der Kindheit                       In der Jugend                       Im Erwachsenenalter

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?**

Nein                       Ja

**Wenn ja, welche Medikation in welcher Dosierung?**

**Haben Sie zur Zeit eine akute oder chronische körperliche Erkrankung?**

Nein                       Ja , nämlich                      seit:

**Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr aktuelles Gewicht an:**

**3. Vorbehandlungen:**

**Wann hatten Sie erstmals Kontakt zum psychosozialen Hilfesystem, z. B.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Schulpsychologische Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle      | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis               |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Praxis    | <input type="checkbox"/> Klinik                              |

Wann:

Wo:

**Welche Behandlungen hatten Sie bisher (Mehrfachnennung möglich):**

- |   |      |  |      |
|---|------|--|------|
| <input type="checkbox"/> Einmaliges Beratungsgespräch:            |      |  |      |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Psychotherapie                 | von: |  | bis: |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Psychotherapie                | von: |  | bis: |
| <input type="checkbox"/> Ambulante psychiatrische Behandlung      | von: |  | bis: |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Psychiatrische Behandlung     | von: |  | bis: |
| <input type="checkbox"/> Familien-/Paartherapie                   | von: |  | bis: |
| <input type="checkbox"/> Familienbetreuung durch das Jugendamt    | von: |  | bis: |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie | von: |  | bis: |

**Welche Diagnosen wurden bereits genannt und wann?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depression Wann?               | <input type="checkbox"/> Angststörung Wann?                       |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörung Wann?            | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung Wann?                    |
| <input type="checkbox"/> Essstörung Wann?               | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung Wann? |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Störung Wann? | <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung Wann?                  |
| <input type="checkbox"/> Borderlinesyndrom Wann?        | <input type="checkbox"/> Multiple Persönlichkeitsstörung Wann?    |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie Wann?            | <input type="checkbox"/> Andere psychotische Störung Wann?        |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges? Wann?               | <input type="checkbox"/> Weiß nicht                               |

**Wenn Sie in der Vergangenheit in psychosomatischer (teil-)stationärer Behandlung waren, um welche Kliniken handelte es sich?**

**Anzahl Klinikaufenthalte:**

	Wo war das:	In welchem Jahr war das?
1		
2		
3		
4		
5		

**Bitte fügen Sie diesem Selbstauskunftsbogen auch Kopien von Entlassberichten bei, zumindest von den kürzer zurückliegenden Aufenthalten der letzten Jahre!**

**4. Ausbildung und berufliche Situation:**

**Welches ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?**

- Noch kein Abschluss   
  Sonderschulabschluss   
  Hauptschulabschluss  
 Realschulabschluss   
  Fachoberschulreife   
  Fachhochschulreife (Fachabitur)  
 Allgemeine Hochschulreife (Abitur)

**Haben Sie eine Berufsausbildung absolviert, wenn ja, welche:**

- Keine Berufsausbildung:   
  angelernte Tätigkeit   
  abgebrochene Lehre  
 Noch in Ausbildung   
  noch in Schule   
  noch im Studium  
 abgeschlossene Lehre

- abgeschlossene Fachschulausbildung   
  abgeschlossenes Fachhochschulstudium  
 abgeschlossenes Universitätsstudium   
 sonstiges

**Ihre Berufsbezeichnung:**

Sind Sie zur Zeit berufstätig?   
 Ja   
 Nein  
 Falls ja, in Ihrem erlernten Beruf als .....

In beschützter Tätigkeit (medizinische, berufliche oder soziale Rehabilitation)?

In einem anderen Beruf, nämlich als:

**Falls nein:**

- arbeitslos seit:   
 zur Zeit Familienphase seit:  
 Dauerhaft krankgeschrieben seit:   
 Rentenantrag gestellt seit:  
 In Ausbildung seit:   
 Sonstiges seit:

**Beziehen Sie Einkünfte aus**

- eigener Berufsarbeit       Unterhalt       Sozial- /Arbeitslosenhilfe  
 Rente/Pension       Ausbildungsförderung/Bafög

seit:

befristet bis:

Arbeitsamt seit:

Krankengeld seit:

Sonstiges:

**Gibt es Probleme oder Konflikte an Ihrem Arbeitsplatz?**

- Nein       Ja      Folgende:

**Haben Sie finanzielle Probleme?**

- Nein       Ja      Folgende:

**Haben Sie eine Betreuung**       **gesetzlich**       **freiwillig**  
**für den Bereich Finanzen/Gesundheit/Behördenangelegenheiten?**

**Beziehen Sie eine (Teil)Erwerbminderungsrente oder planen Sie eine (Teil)Erwerb-  
minderungsrente zu beantragen?**

**Haben Sie einen GdB und (falls ja – in welcher Höhe?) oder planen Sie einen GdB zu be-  
antragen?**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. Mödinger gez. Dr. P. Kundmüller	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 10.02.2025	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.2	Seite 5/9

**5. Aktuelle Lebenssituation:**

**Ihr Alter:**

**Ihr Familienstand:**

- ledig:  In fester Partnerschaft seit:  verheiratet seit:  
 getrennt lebend seit:  geschieden seit:  verwitwet seit:

**Wohnen Sie zur Zeit**

- Alleine in eigener Wohnung  In der Ursprungsfamilie  
 mit Partner/Partnerin Alter des Partners/der Partnerin:  
 in einer Wohngemeinschaft  
 mit Kindern Alter: Alter: Alter: Alter: Alter:

**Haben Sie Kinder (bzw. Stief- oder Adoptivkinder)?**

- Nein  Ja  
1. Kind: Alter: Geschlecht:  
2. Kind: Alter: Geschlecht:  
3. Kind: Alter: Geschlecht:  
4. Kind: Alter: Geschlecht:

**Ist Ihre Partnerin/Ihr Partner erkrankt oder behindert?**

- Nein  Ja Woran?

**Gibt es Probleme/Belastungen in Ihrer Partnerschaft:**

- Nein  Ja Nämlich:

**6. Selbstgefährdendes Verhalten:**

**Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt?**

Nein  Ja, im Alter von \_\_\_\_\_ bis  aktuell

**Wie häufig kam es seither zur Selbstverletzung?**

Nur einmal  Selten bis insgesamt 5 x  
 Häufiger, nämlich durchschnittlich .....  täglich  wöchentlich  monatlich

**Wie haben Sie sich verletzt?**

**Handelt es sich bei den Verletzungen um (Mehrfachnennungen möglich):**

- Leichte, oberflächliche Verletzungen
- mittelschwere Verletzungen, die ärztlich behandelt werden mussten
- schwere Verletzungen, die stationär behandelt werden mussten

**Haben Sie irgendwann einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?**

Nein  Ja: \_\_\_\_\_ In welchem Jahr?

**Leiden Sie aktuell unter Vorstellungen oder Impulsen, sich das Leben zu nehmen?**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. Mödinger gez. Dr. P. Kundmüller	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 10.02.2025	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.2	Seite 7/9

## 7. Fragebogen zum Suchtmittelgebrauch

### **Nehmen Sie zur Zeit Drogen**

- Ja, nämlich:  
 Nein

Wie oft:

Seit wann:

### **Haben Sie in der Vergangenheit Drogen eingenommen?**

- Nein  Ja Wenn ja, welche Drogen und wie häufig:

### **Haben Sie derzeit ein Verlangen dazu, Drogen einzunehmen?**

- Nein  Ja

### **Trinken Sie zur Zeit Alkohol?**

- Nein  Ja

Wenn ja, wie häufig pro Woche und welche Menge?

### **Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal regelmäßig und in großen Mengen Alkohol konsumiert?**

- Nein  Ja

Wenn ja, wann und in welcher Menge ?

### **Besteht aktuell ein Druck, Alkohol zu trinken?**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. Mödinger gez. Dr. P. Kundmüller	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 10.02.2025	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.2	Seite 8/9



**8. Therapieziele:**

**Was muss sich verändern während des Aufenthaltes?**

**Woran werden Sie in Ihrem Alltag merken, dass Sie von unserer Therapie profitieren konnten?**

**Welche Hoffnung haben Sie in Bezug auf die beantragte Behandlung?**

Bitte eine Skala von 0 % Hoffnung bis 100 % Hoffnung.

**0** \_\_\_\_\_ **100 %**

**Gibt es etwas, was Sie uns noch nicht mitgeteilt haben, aber gerne mitteilen möchten?**

**Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. Mödinger gez. Dr. P. Kundmüller	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 10.02.2025	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.2	Seite 9/9