

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und versenden ihn an:

**Psychosomatik Diakonie-Klinikum Stuttgart**

Rosenbergstraße 38

70176 Stuttgart

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!**

## 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: 18.04.2024	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.1	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: 18.04.2024	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.1	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.**

- Beratungsstelle für Erwachsene                       Schulpsychologische Beratungsstelle  
 Erziehungsberatungsstelle                       Psychiatrische Praxis  
 Psychotherapeutische Praxis                       Klinik

Wann:

Wo:

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

- Einmaliges Beratungsgespräch:  
 Ambulante Psychotherapie                      von:                      bis:  
 Stationäre Psychotherapie                      von:                      bis:  
 Ambulante psychiatrische Behandlung                      von:                      bis:  
 Stationäre Psychiatrische Behandlung                      von:                      bis:  
 Familien-/Paartherapie                      von:                      bis:  
 Familienbetreuung durch das Jugendamt                      von:                      bis:  
 Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie                      von:                      bis:

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

- Depression Wann?                       Angststörung Wann?  
 Zwangsstörung Wann?                       Suchterkrankung Wann?  
 Essstörung Wann?                       Posttraumatische Belastungsstörung Wann?  
 Psychosomatische Störung Wann?                       Anpassungsstörung Wann?  
 Borderlinesyndrom Wann?                       Multiple Persönlichkeitsstörung Wann?  
 Schizophrenie Wann?                       Andere psychotische Störung Wann?  
 Sonstiges? Wann?                       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: 18.04.2024	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.1	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?**

## 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: 18.04.2024	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.1	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: 18.04.2024	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.1	Seite 9/9