

# Selbstauskunftsbogen



## 1. Angaben zur Person:

Name		Vorname		Geburtsdatum		
männlich	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	divers	<input type="checkbox"/>	bitte ankreuzen
Tel.		E-Mail		Fax		
PLZ		Wohnort		Straße		
Privatversicherung mit						
Einbettzimmeranspruch	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Hausarzt/ Hausärztin			Psychiater*in, Psychotherapeut*in			

Ich möchte teilstationär (Tagesklinik)  stationär  behandelt werden.

Ich weiß es nicht  **bitte ankreuzen**

## 2. Jetzige Beschwerden

- a. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Probleme kurz in Ihren eigenen Worten aufgrund derer Sie einen Klinikaufenthalt wünschen (sowohl seelisch als auch körperlich).

---

---

---

---

---

- b. Wie haben sich die Probleme entwickelt? Wie lange und häufig sind diese in letzter Zeit aufgetreten? (Beginn, zeitlicher Verlauf)

---

---

---

---

---

- c. Was hat nach Ihrer Erfahrung gegen diese Probleme geholfen oder möglicherweise dazu beigetragen, sie zu lindern? (Vielleicht auch nur vorübergehend?)

---



---



---



---

### 3. Vorerkrankungen

- a. Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Erkrankung	Alter	Behandlung/Ort	Dauer

- b. Bestehen bei Ihnen aktuelle körperliche Erkrankungen oder waren Sie früher körperlich krank?

Erkrankung	Alter	Behandlung/Ort	Bemerkung

Sollten Ihnen aktuelle ärztliche oder psychologische Berichte/Befunde vorliegen, dann fügen Sie diese bitte dem Selbstauskunftsbogen bei.

- c. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (regelmäßig oder bei Bedarf)?

Medikamentenname	Dosis in mg	Wie oft?	Wann zuletzt?	Maximale Einnahme pro Tag

**4. Bitte lesen Sie zuerst alle Aussagen durch und kreuzen Sie danach an, was aktuell auf Sie zutrifft:**

- Belastende/traumatische Lebensereignisse
- Unangenehme (und unsinnige) Gedanken
- Unangenehme (und unsinnige) Handlungen
- Dauernder Hunger
- Übergewicht
- Appetitverlust
- Vermeidung fettmachender Speisen
- Gefühl zu fett zu sein trotz besseren Wissens
- Hungern
- Gewichtsverlust
- Untergewicht
- Ausbleibende Regelblutung
- Essanfälle mit großen Nahrungsmengen
- Erbrechen etc. um Nahrung loszuwerden
- Scham
- Sexuelle Probleme
- Mangelnde Alltagsbewältigung
- Starke Bedrohung erlebt
- Plötzliches Wieder-Erleben der Bedrohung
- Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein
- Eigene Gefühle fühlen sich fremd an
- Gefühl, Umgebung ist unwirklich
- Umwelt wirkt fremd und uninteressant
- Ohnmachtsanfälle
- Neigung zu Wutausbrüchen
- Plötzliches Handeln ohne nachzudenken
- Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild
- Intensive aber nur kurze Beziehungen
- Selbstverletzungen
- Andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt
- Andauerndes Bedrohungsgefühl
- Übertreibung eigener Leistungen und Talente
- Überzeugung, besonders und einmalig zu sein
- Häufiger Neid auf andere
- Kritik und Verachtung für Autoritätspersonen
- Schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben
- Unbeteiligt sein bei Gefühlen anderer
- Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten
- Neigung zu Aggressionen und Gewalt
- Übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum
- Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte
- Gesteigerte Aktivität
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Riskantes Verhalten
- Starke Überzeugung, die nicht geteilt wird
- Gedanken werden gemacht oder hörbar
- Hören von Stimmen
- Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten
- Drang zum Diebstahl ohne materielle Not
- Drang zur Brandstiftung
- Konflikt mit dem Gesetz
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Verlust an Interessen und Angenehmen
- Verminderte Aktivität
- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Alpträume
- Früheres Erwachen als gewöhnt (2h und mehr)
- Am schlimmsten ist es morgens
- Anhaltende grundlose Erschöpfung und Müdigkeit
- Übermäßige Schlafneigung während des Tages
- Sozialer Rückzug
- Einsamkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Verzweiflung
- Häufige Suizidgedanken
- Furcht vor Menschenmengen
- Furcht, den sicheren Ort zu verlassen
- Furcht vor Aufmerksamkeit
- Furcht, peinlich zu sein
- Furcht nur vor etwas Speziellem
- Plötzliche Panikattacken
- Ständige Befürchtungen im Alltag
- Übertriebenes Vermeidungsverhalten
- Nicht feststellbares körperliches Leiden
- Ständige starke Schmerzen
- Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten
- Ständige Sorge um körperliche Symptome
- Anhaltende Ohrgeräusche
- Schwindel
- Atembeschwerden
- Herzklopfen und Herzrasen
- Speiseröhre Beschwerden
- Übelkeit
- Häufiger Durchfall
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Taubheits- oder Kribbelgefühl
- Schweißausbrüche
- Wechseljahres- Beschwerden
- Stark schwankende Gefühle
- Starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein
- Neigung zu starkem Zweifel
- Beeinträchtigung durch eigenen Perfektionismus
- Sorge, im sozialen kritisiert zu werden
- Unterordnung und Nachgiebigkeit
- Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können
- Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken
- Einzelgängertum
- Störendes Beharren auf eigenen Rechten
- Gefühl, Opfer von Intrigen zu sein

## 5. Alkohol/Drogen

- a. Konsumieren Sie Alkohol in schädlichen Mengen?  Nein  Ja

Wenn ja, wie oft, wie viel und wann zuletzt?

---

- b. Haben Sie in der Vergangenheit Alkohol in schädlichen Mengen konsumiert?  Nein  Ja

Wenn ja, wann zuletzt?

---

- c. Konsumieren Sie aktuell THC (Cannabis, Haschisch, Marihuana)?  Nein  Ja

Wenn ja, wie oft, wie viel und wann zuletzt?

---

- d. Haben Sie in der Vergangenheit THC konsumiert?  Nein  Ja

Wenn ja, wann zuletzt?

---

- e. Konsumieren Sie aktuell andere Drogen?  Nein  Ja

Wenn ja, was, wie oft, wie viel und wann zuletzt?

---

- f. Haben Sie in der Vergangenheit andere Drogen konsumiert?  Nein  Ja

Wenn ja, was und wann zuletzt?

---

## 6. Lebenssituation

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Single          | <input type="checkbox"/> bei den Eltern lebend                      |
| <input type="checkbox"/> Partner         | <input type="checkbox"/> alleinlebend                               |
| <input type="checkbox"/> Partnerin       | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft                           |
| <input type="checkbox"/> verheiratet     | <input type="checkbox"/> mit Partner/in zusammenwohnend             |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> mit Partner/in und Kindern zusammenwohnend |
| <input type="checkbox"/> geschieden      | <input type="checkbox"/> mit Kindern zusammenwohnend                |
| <input type="checkbox"/> verwitwet       | <input type="checkbox"/> in therapeutischer Wohngemeinschaft        |
|  | <input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz                       |

Anzahl, Geschlecht und Alter Ihrer Kinder: \_\_\_\_\_

Berufliche Situation:

a. Erlerner Beruf

b. \_\_\_\_\_  
Aktuell ausgeführter Beruf

c. \_\_\_\_\_  
Wenn Sie derzeit nicht arbeiten, was war ihr zuletzt ausgeführter Beruf

Arbeitslos seit		Rentantrag gestellt am	
Arbeitsunfähig seit		Berentet seit	
Grund der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Rentenantrags bzw. der vorzeitigen Berentung			

## 7. Alltag

**Was hat Ihnen zuletzt in gesunden Tagen Freude gemacht? Womit haben Sie sich gern beschäftigt?**

---

---

---

---

## 8. Perspektive

**Welche Veränderungsziele möchten Sie durch eine stationäre Therapie erreichen? Was soll sich ändern? Und wodurch? Bitte geben Sie 3 möglichst konkrete Ziele an.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Um die Covid 19 Pandemie möglichst einzugrenzen, bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

- Bei allen Patient\*innen wird
  - bei Aufnahme eine Covid 19 Testung durchgeführt
  - täglich die Temperatur kontrolliert
- Es ist durchgehend ein Sicherheitsabstand von mind. 1,5 m zu anderen Personen einzuhalten.
- In Situationen, in denen der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann (z.B. bei Blutdruckkontrollen), tragen Sie bitte einen Mund-Nase-Schutz.
- Waschen und/oder desinfizieren Sie sich bitte regelmäßig die Hände
- Begrenzen Sie bitte die Anzahl Ihrer Besucher auf die aktuelle zulässige Anzahl und treffen Sie sich mit Ihren Besuchern möglichst außerhalb der Station
- Bitte begrenzen Sie während der Belastungserprobungen die Anzahl Ihrer Kontaktpersonen
- Melden Sie sich bitte unverzüglich, wenn grippeähnliche Symptome bei Ihnen auftreten

Mit der Unterschrift unter diesen Selbstauskunftsbogen, erklären Sie

- dass Sie mit diesen Regelungen einverstanden sind.
- dass Sie mit der Speicherung ihrer personenbezogenen Daten zum Zwecke der Aufnahmeplanung einverstanden sind.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne telefonisch oder per Mail an unser Sekretariat.

---

Datum, Ort

Unterschrift

**Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!**

**Bitte schicken Sie diesen Selbstauskunftsbogen per E-Mail, Fax oder Post an das**

Zentrum für Psychiatrie Reichenau  
Sekretariat SINOVA  
Feursteinstraße 55  
78479 Reichenau  
Fax 07531 977-8500  
E-Mail Sekretariat-SINOVA@zfp-reichenau.de

Nach Erhalt des Bogens melden wir uns baldmöglichst bei Ihnen. Gerne können Sie sich im Vorfeld schon über unsere therapeutischen Angebote informieren. Unter <https://www.zfp-reichenau.de/fachgebiete/psychosomatik/> finden Sie ausführliche Informationen über die Stationen und unsere Tagesklinik.