

Selbstauskunftsbogen



1. Angaben zur Person:

Name		Vorname		Geburtsdatum	
männlich	<input type="checkbox"/>	weiblich	<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			Psychiater, Psychotherapeut		

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 Berichte/Befunde von Ärzten/Psychologen 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:

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

5. Alkohol/Drogen

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

Wenn ja, wie oft, wieviel 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? Nein Ja
Wenn ja, wie oft, wieviel 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, wieviel 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/des Rentenanspruchs/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. _____

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 a.egger@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.

