

Selbstauskunftsbogen



1. Angaben zur Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Biologisches Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		
Gewünschte Anrede: Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Ungegendert/nicht-binär <input type="checkbox"/>		
Tel.		E-Mail
PLZ	Wohnort	Straße
Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Privat versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Einbettzimmeranspruch über Privat- oder Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Chefarztbehandlung über Privat- oder Zusatzversicherung (stationär) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Chefarztbehandlung über Privat- oder Zusatzversicherung (ambulant) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hausarzt/ Hausärztin		Psychiater*in, Psychotherapeut*in

Ich möchte ambulant

teilstationär (Tagesklinik) in Singen in Konstanz

stationär

behandelt werden.

Ich weiß es nicht

Aktuelle Größe	
Aktuelles Gewicht	

2. Jetzige Beschwerden

- a. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Probleme kurz in Ihren eigenen Worten (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:

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

5. Alkohol/Drogen

a. Konsumieren Sie Alkohol in schädlichen Mengen?
Wenn ja, wie oft, wie viel und wann zuletzt? Nein Ja

b. Haben Sie in der Vergangenheit Alkohol
in schädlichen Mengen konsumiert?
Wenn ja, wann zuletzt? Nein Ja

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?
Wenn ja, wann zuletzt? Nein Ja

e. Konsumieren Sie aktuell andere Drogen?
Wenn ja, was, wie oft, wie viel und wann zuletzt? Nein Ja

f. Haben Sie in der Vergangenheit andere Drogen
konsumiert?
Wenn ja, was und wann zuletzt? Nein Ja

6. Pflegebedarf

a. Haben Sie eine Pflegestufe?
Wenn ja, welche? Nein Ja

b. Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege bzw. beim An- und Auskleiden? Nein Ja
Wenn ja, welche?

c. Benötigen Sie Hilfe bei der Fortbewegung und/oder Orientierung?
Wenn ja, welche? Nein Ja

d. Benötigen Sie sonstige pflegerische Unterstützung?
(z. B. regelmäßige Verbandswechsel)
Wenn ja, welche? Nein Ja

7. Lebenssituation

Familienstand

- Single
- Partner
- Partnerin
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Wohnsituation

- bei den Eltern lebend
- alleinlebend
- Wohngemeinschaft
- mit Partner/in zusammenwohnend
- mit Partner/in und Kindern zusammenwohnend
- mit Kindern zusammenwohnend
- in therapeutischer Wohngemeinschaft
- 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			

8. Alltag

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

9. 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. _____

Mit der Unterschrift unter diesen Selbstauskunftsbogen, erklären Sie 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, die Ambulanzen und unsere Tageskliniken.