

## Kontaktformular Patientenanfrage

Für die bestmögliche Bearbeitung Ihrer Anfrage, füllen Sie bitte das folgende Kontaktformular sorgfältig und vollständig aus.

Persönliche Kontaktdaten		
Name, Vorname		
ggf. Geburtsname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Handynummer		
E-Mail-Adresse		
Notfallkontakt (Name, Tel.Nr.)		
Kostenträger (z.B. Krankenkasse)		
Betreuende/r Hausarzt / Hausärztin		
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Betreuende/r Psychotherapeut*in		
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Betreuende/r Facharzt/-ärztin (z.B. Psychiater, Internist)		
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Die Einweisung erfolgt durch:		
<input type="checkbox"/> Hausarzt / -ärztin	<input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> sonstige einweisende Stelle:

Um Ihre Anfrage bestmöglich bearbeiten zu können, benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung, die es Ihrem/r betreuendem/n Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeuten/in ermöglicht Rücksprache mit uns über einen möglichen Aufenthalt im Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu halten. Deshalb bitten wir Sie, das folgende Formular sorgfältig auszufüllen und zu unterschreiben.

Ich,

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

entbinde folgende/n Arzt/Ärztin\*

Name: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

entbinde folgende/n Therapeuten/in\*

Name: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

entbinde folgende/n Facharzt/-ärztin\*

Name: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Fachklinik Allgäu in Pfronten. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*Bitte geben Sie an, welche im Kontaktformular angegebene Berufsgruppe von der Schweigepflicht entbunden wird. Um einen umfangreichen Eindruck Ihrer gesundheitlichen Situation zu erhalten, empfiehlt es sich alle angegebenen Parteien zu entbinden.

Name: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir, das Behandlungsteam der Abteilung für Integrative Psychosomatik, bitten Sie um Ihre Unterstützung. Um Ihre Behandlungssituation gut einschätzen zu können, sind wir schon vor dem persönlichen Erstkontakt auf bestimmte Informationen angewiesen. Ihre vorstationären Angaben sind für eine gründliche Erfassung Ihrer Probleme notwendig und erleichtern den stationären Behandlungsbeginn.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit um den vorliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen und alle Fragen zu beantworten. Senden Sie diesen dann bitte zusammen mit den weiteren beigelegten Unterlagen an uns zurück.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns herzlich.

Ihr Team des Krankenhauses für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Fachklinik Allgäu

**Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine Anmeldung zum stationären Krankenhausaufenthalt handelt und nicht um eine Anmeldung für eine Rehabilitation.**

# Teil 1: Psychotherapeutischer Fragebogen

## Ihre Therapieerwartung

Sie sehen Ihre Probleme

- im körperlichen Bereich     
  im seelischen Bereich     
  im sozialen Bereich (Arbeit, Familie usw.)

Die Anmeldung zur stationären Behandlung erfolgt auf

- eigenen Wunsch       Anregung Ihres Arztes/Therapeuten  
 Anregung der Krankenkasse/DRV       Anregung der Agentur für Arbeit  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

## Jetzige Beschwerden

Beschreiben Sie bitte frei Ihre aktuellen Beschwerden:

---



---

Was sind Ihrer Meinung nach die Auslöser für Ihre Beschwerden bzw. wie erklären Sie sich Ihre psychischen Beschwerden?

---



---

Haben sie Einschränkungen in folgenden Bereichen und wenn ja welche?

Lebensbereich	Einschränkung?		Beschreibung der Einschränkung
Selbstfürsorge (Körperpflege, Haushalt, usw.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Beruf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Familie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Freundschaften	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Hobbies	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

**Schädlicher Substanzkonsum**

Welche Suchtmittel konsumieren sie aktuell? (Wieviel pro Tag? Wie viele Tage in der Woche? Was?)

Keine  Alkohol: \_\_\_\_\_

Nikotin: \_\_\_\_\_  Andere (Schlafmittel, Drogen): \_\_\_\_\_

Gab es Zeiten in Ihrem Leben, in denen sie Suchtmittel in verstärktem Maße konsumiert haben?  
(Wann und wie lange?)

Keine  Alkohol: \_\_\_\_\_

Nikotin: \_\_\_\_\_  Andere (Schlafmittel, Drogen): \_\_\_\_\_

Waren Sie aufgrund einer Abhängigkeit von Alkohol, Zigaretten, Tabletten oder Drogen schon in Behandlung?  
Wenn ja wann und wo?

**Essverhalten**

Haben Sie Probleme mit Ihrem Essverhalten (Kalorienzählen, Diäten, Fressanfälle, Erbrechen, Abführmittel, Appetitzügler etc.)?

Ja  Nein Welche und wie oft? \_\_\_\_\_

Gab es früher Phasen in denen sie Schwierigkeiten mit dem Essen hatten?

Ja  Nein Welche und wann? \_\_\_\_\_

**Selbstverletzungen**

Fügen oder fügten Sie sich selbst zeitweise Verletzungen zu (sich schneiden, Kratzen bis es blutet, Haare ausreißen, usw.)?

Ja  Nein Welche, wie oft und wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Lebensmüde Gedanken und Handlungen**

Kennen sie Suizidgedanken?

Ja  Nein Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Haben sie schon mal versucht sich das Leben zu nehmen?

Ja  Nein Wann und wie? \_\_\_\_\_

**Bisherige Behandlungen/Maßnahmen**

Welche psychotherapeutische Behandlung haben Sie bisher in Anspruch genommen?

Art der Behandlung	Durchgeführt?		Von	Bis	Wo?
Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Ambulante psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Teilstationäre, tagesklinische Behandlung (Psychiatrie oder Psychosomatik)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Stationäre Behandlung (Psychiatrie oder Psychosomatik)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			

Psychopharmaka (Medikamente):

Ja       Nein      Welche, wann und wie lange? \_\_\_\_\_

Womit konnten sie bisher die besten Fortschritte erzielen?

**Ressourcen**

Woraus schöpfen Sie Kraft?

Gibt es Personen, an die Sie sich in der Not wenden könnten?

**Biografie und lebensgeschichtliche Belastungen**

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Aufgewachsen bei:

leiblichen Eltern       anderen Familienangehörigen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Pflegefamilie       Heim/Waisenhaus       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben sie Geschwister? Wie viele und in welchem Abstand? \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Selbstmorde bekannt?

Ja       Nein      Wer und was bzw. wie? \_\_\_\_\_

Haben sie in ihrem Leben folgendes erlebt und wenn ja in welchem Alter:

Situation	Erlebt?		Alter
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Körperliche Gewalt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Seelische Gewalt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sexuelle Übergriffe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Folter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Krieg	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Überfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Schwerer Unfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Naturkatastrophen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

**Sozialanamnese**

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Partnerschaft:       Ja       Nein      seit wann? \_\_\_\_\_

Beruf und Alter des Partners? \_\_\_\_\_

Haben sie Kinder?       Ja       Nein

Name	Geschlecht	Alter	Aus welcher Beziehung?	Schwierigkeiten / Probleme?

**Wohnsituation**

ich wohne alleine       ich wohne gemeinsam mit \_\_\_\_\_

zur Miete       im Eigentum       kein fester Wohnsitz

**Finanzielle Situation**

Einkommen:  regelmäßig  Rente  Arbeitslosengeld  Grundsicherung  
Bestehen Schulden?  Ja  Nein In welcher Höhe? \_\_\_\_\_

**Berufliche Situation**

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle berufliche Stellung als:

Hausfrau/-mann  arbeitslos  in Rente  erwerbstätig  arbeitsunfähig (krankgeschr.)  
 Schüler\*in  Auszubildende\*r  Student\*in seit: \_\_\_\_\_

Als was sind sie zurzeit oder als was waren sie zuletzt tätig?

Ich arbeite:  Vollzeit (\_\_\_\_\_ h/Wo)  Teilzeit (\_\_\_\_\_ h/Wo)

Arbeitszeit:  Tagschicht  Frühschicht  Spätschicht  Nachtschicht

Hatten Sie einen krankheitsbedingten Arbeitswechsel oder eine Umschulung?

Ja  Nein Wann und warum? \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeit**

Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten krank (arbeitsunfähig)? \_\_\_\_\_

Was waren die Gründe: \_\_\_\_\_

Gab es Arbeitsversuche/Wiedereingliederungsversuche, die erfolglos waren?

Ja  Nein Wann? \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich in der Lage, dem zuletzt ausgeübten Beruf wie bisher nachzugehen?

Ja  Nein Warum nicht? \_\_\_\_\_

**Grad der Behinderung (GdB) und Rente**

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)?

Ja  Nein Wie viel Prozent und welche Behinderung? \_\_\_\_\_

Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)?

Ja  Nein Wie viel Prozent und bis wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungs-Rente gestellt?

Ja  Nein Wann? \_\_\_\_\_

**Therapieziele**

\_\_\_\_\_



# Teil 2: Ärztlicher Fragebogen

## Krankheitsanamnese

Bestehen körperliche Erkrankungen?

Ja       Nein      Welche und seit wann? \_\_\_\_\_

Wurde Sie schon einmal operiert?

Ja       Nein      Weshalb und wann? \_\_\_\_\_

Erfolgten in den letzten zwei Jahren Untersuchungen (EKG, Langzeitblutdruckmessung, Blutbilder, CT, MRT, Darmspiegelung etc.)? Bitte jeweils Datum und was untersucht wurde angeben, sowie die entsprechenden Befunde dem Fragebogen anhängen:

---



---



---

## Medikamentenanamnese

Welche Medikamente nehmen sie ein:

Präparat (Name des Medikaments)	Dosierung (wie viel Gramm, Milligramm usw.)	Wann (morgens, mittags, abends, nachts)

## Vegetative Anamnese

Appetit:       normal       vermehrt       vermindert  
                   schwankend       Verlust einer regelmäßigen Essensstruktur

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: aktuell \_\_\_\_\_ kg

konstant + / - \_\_\_\_\_ kg

vermehrt, seit \_\_\_\_\_ Gewichtszunahme \_\_\_\_\_ kg

Gründe: \_\_\_\_\_

vermindert, seit \_\_\_\_\_ Gewichtsabnahme \_\_\_\_\_ kg

Gründe: \_\_\_\_\_

Durstgefühl:  normal  vermehrt  vermindert Trinkmenge pro Tag: \_\_\_\_\_ Liter

Schlaf:  erholsam  Früherwachen  Einschlafschwierigkeiten

Durchschlafschwierigkeiten  Verlust Tag-Nachtrhythmus  Schlafmittel

Sexualität:  ungestört  nachgelassen  gesteigert

fehlende Lust auf Sexualität  fehlendes Gefühl der Befriedigung bei Sexualität

**Behandelnde Ärzte** (Bitte Namen und Adresse eintragen):

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Frauenarzt/-ärztin \_\_\_\_\_

Internist\*in: \_\_\_\_\_

Orthopäde/-in: \_\_\_\_\_

Psychiater\*in: \_\_\_\_\_

Psychotherapeut\*in: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens. Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Schicken Sie den Fragebogen an:

Fachklinik Allgäu  
Peter-Heel-Straße 29  
87459 Pfronten