

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