

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

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

# Fragebogen zur Anmeldung im Krankenhaus

**Name der Patientin / des Patienten:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte senden Sie uns die vollständig ausgefüllten Anmeldeunterlagen **zusammen mit Ihrem Einweisungsschein** sowie einem **aktuellen ärztlichen oder psychologischen/psychotherapeutischen Befundbericht** gesammelt zu.

Unsere Unterbringung erfolgt standardmäßig in Doppelzimmern. Einzelzimmer können auf Wunsch gebucht werden. Bitte erkundigen Sie sich nach den aktuellen Preisen.

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine Anmeldung für einen stationären Krankenhausaufenthalt handelt und nicht für eine Rehabilitationsmaßnahme.

Vielen Dank!

Ihr Team der Fachklinik Allgäu Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapi

## **Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?**

Bitte wählen Sie eine oder mehrere Optionen aus:

- Empfehlung von Familie oder Bekannten
- Empfehlung durch Arzt oder Therapeut
- Eigene Recherche im Internet
- Soziale Medien
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

# Teil 1: Psychotherapeutisch

## 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: \_\_\_\_\_

Waren in den letzten 6 Monaten oder sind aktuell Bekannte/Angehörige zur Behandlung in unserer Krankenhausabteilung?

Ja       Nein      Name und Zeitraum? \_\_\_\_\_

## Aktuelle 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
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: \_\_\_\_\_

Erlernter 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            Grad der Behinderung und Beschreibung? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer/ Betreuerin?**

Ja             Nein

**Therapieziele**

## Teil 2: Ärztlich

### Krankheitsanamnese

Bestehen körperliche Erkrankungen?

Ja

Nein

Welche und seit wann? \_\_\_\_\_

Können Sie ohne Hilfsmittel Treppensteigen und über 20 Minuten zu Fuß gehen?

Ja

Nein

Welche Hilfsmittel? \_\_\_\_\_

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:

---



---



---

Liegt ein Pflegegrad vor?

Ja

Nein

Falls ja, bitte den bestehenden Pflegegrad angeben: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_ LiterSchlaf:  CPAP-Maske  Früherwachen  Einschlaf Schwierigkeiten  
 Durchschlaf Schwierigkeiten  Verlust Tag-Nachtrhythmus  SchlafmittelSexualität:  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**