



## Anmelde-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

unser Haus hat sich auf unterschiedliche Krankheitsbilder spezialisiert und entsprechende Behandlungsabläufe entwickelt, um Ihre Therapie möglichst effektiv zu gestalten. Für eine zügige Bearbeitung Ihrer Anmeldung benötigen wir Ihre Unterstützung. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und vollständig.

### Zum Anmeldebogen benötigen wir zusätzlich:

- I Einen **aktuellen Arztbrief** (ein Kurzarztbrief ist ausreichend) von der anmeldenden Fachärztin, vom anmeldenden Facharzt oder der Psychologischen Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten oder ggf. von der zuverlegenden Klinik. Zusätzliche ältere Arztbriefe sind hilfreich.
- I Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten einen **Überweisungsschein** von Ihrer Fachärztin oder Ihrem Facharzt (für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Ärztlicher Psychotherapeut).
- I Bei privat versicherten Patientinnen und Patienten eine **Kostenzusage** für mindestens sechs Monate von Ihrer Krankenversicherung und ggf. Ihrer Beihilfestelle.

### 1. Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aktuell arbeitsunfähig  ja  nein

Gibt es ein laufendes Rentenbegehren  ja  nein  Angestrebt

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### 2. Angaben zur Krankenversicherung

Krankenversichert bei (Name der Versicherung, Adresse) \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  Gesetzlich versichert  Privat versichert

Selber Mitglied  Familienmitglied  Selbstzahler  Rentner  Rentner mitversichert



# KIRINUS

INSTITUTSAMBULANZ

### 3. Angaben zu behandelnden Ärzten

Einweisende Fachärztin oder Facharzt, der Ihren Einweisungsschein ausstellt (Name, Adresse, Telefonnummer)

---



---

Hausärztin oder Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer) \_\_\_\_\_

---

### 4. Medizinisch-therapeutische Angaben

Befinden Sie sich derzeit in ambulanter Psychotherapie?  ja  nein

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut (Name, Adresse, Telefonnummer) \_\_\_\_\_

---

Therapierichtung:  Verhaltenstherapie  Tiefenpsychologie / Analyse  Andere

Gab es in der Vergangenheit bereits ambulante psychotherapeutische Behandlungen?  ja  nein

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut, Jahr, Dauer \_\_\_\_\_

---

Kreuzen Sie bitte an, welche Beschwerden aktuell bei Ihnen bestehen:

<input type="checkbox"/> Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/> Gefühl der inneren Leere
<input type="checkbox"/> Interessenverlust, Freudlosigkeit	<input type="checkbox"/> Umgang mit traumatischen Erinnerungen
<input type="checkbox"/> Verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> Schnell wechselnde Stimmungen
<input type="checkbox"/> Verminderte Konzentrationsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen
<input type="checkbox"/> Vermindertem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> Verzweifelte Bemühungen zu verhindern, dass Sie verlassen werden
<input type="checkbox"/> Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit	<input type="checkbox"/> Selbstverletzung (falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz)
<input type="checkbox"/> Negativer und pessimistischer Blick in die Zukunft	
<input type="checkbox"/> Suizidgedanken	<input type="checkbox"/> Impulsives Verhalten (falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz)
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Verminderter oder gesteigerter Appetit	<input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/> Störungen des Essverhaltens (falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz)	<input type="checkbox"/> Sonstige chronische, körperliche Beschwerden (falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz)
<input type="checkbox"/> Wutausbrüche	<input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden (falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz)

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?  ja  nein

Wenn ja, wann fand der letzte Versuch statt (Monat / Jahr)? \_\_\_\_\_



# KIRINUS

INSTITUTSAMBULANZ

Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer und / oder psychiatrischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

Jahr	Einrichtung	Aufnahmegrund	Dauer (in Wochen)

**Bitte denken Sie daran, uns die Abschlussberichte Ihrer Klinikaufenthalte zukommen zu lassen, sofern vorhanden.**

Wie häufig und in welchen Mengen trinken Sie aktuell Alkohol?

Gab es Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie vermehrt Alkohol getrunken haben?  ja  nein  
Wenn ja, in welchen Mengen, wie häufig und wann zuletzt?

Konsumieren Sie aktuell illegale Drogen (inkl. Cannabis) oder haben diese in der Vergangenheit konsumiert?  ja  nein  
Wenn ja, welche Drogen, wie häufig und wann zuletzt?

Nehmen Sie aktuell oder nahmen Sie in der Vergangenheit abhängig machende Medikamente wie z.B. Benzodiazepine (Tavor, Valium o.ä.) oder Opiate ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche, wie häufig und wann zuletzt?

Hatten Sie schon einmal eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung von Alkohol, Drogen und / oder Medikamenten (Benzodiazepine, Opiate o.ä.)?  ja  nein  
Wenn ja, wann und wo?

Bestehen sonstige Abhängigkeiten (z.B. Kaufsucht, Spielsucht)  ja  nein  
Wenn ja, welche und wie häufig?

Benötigen Sie medizinische oder andere Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, CPAP-Maske)?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie in der Vergangenheit körperliche Gewalt oder sexuelle Übergriffe erlebt?  ja  nein

Leiden Sie aktuell unter einer körperlichen Erkrankung, die während Ihres Aufenthalts bei uns behandelt werden muss? (z.B. Asthma, Diabetes, Infektionskrankheit, Neurodermitis, Arthrose etc.)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell Medikamente (internistische Medikamente und / oder Psychopharmaka) ein?  ja  nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_



# KIRINUS

INSTITUTSAMBULANZ

## 5. Sonstige Angaben

Sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen?  ja  nein

Wenn ja, bitte genauere Angaben \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In welchem Lebensbereich benötigen Sie eine Unterstützung?

Beruf  Wohnsituation  Finanzen  Familie  Partnerschaft  Rechtsangelegenheiten

Für die Behandlung in unserer Ambulanz ist es erforderlich, dass Sie an mehreren Tagen in der Woche für die Zeit der Therapien anwesend sind. Die Behandlungsdauer ist auf mindestens sechs Monate ausgelegt.

Ist das organisatorisch für Sie umsetzbar?  ja  nein

Falls Sie minderjährige Kinder haben:

Ist die Betreuung tagsüber während der Therapiestunden an mehreren Tagen in der Woche gewährleistet?  ja  nein

Gewünschter Aufnahmetag \_\_\_\_\_

Vertraute Person, die die PsIA kontaktieren darf, falls wir Sie nicht erreichen (Name, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_

Wurde bereits eine Angehörige oder ein Angehöriger von Ihnen in einer unserer Kliniken behandelt?  ja  nein

Wenn ja, wer, wo und wann \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für welches Therapiesetting interessieren Sie sich?

- Funktionelle Körperbeschwerden / Depression  
 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über E-Mail zu kommunizieren. Dabei verwenden wir keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, d.h. der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, geben Sie uns bitte nachfolgend Ihre E-Mail-Adresse an. Anderenfalls lassen Sie das Feld bitte frei. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.

Ihre E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Aufnahmeunterlagen per Post, Fax oder E-Mail an die unten angegebene Adresse. Alternativ nehmen wir Ihre Unterlagen auch gerne persönlich entgegen. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in unserem Haus verarbeitet.