



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. Um Ihre Anmeldung zügig bearbeiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und vollständig.

ZUM ANMELDEBOGEN BENÖTIGEN WIR ZUSÄTZLICH:

- Einen aktuellen **Arztbrief** (ein Kurzarztbrief ist ausreichend) vom anmeldenden Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten oder ggf. von der zuverlegenden Klinik. Zusätzliche ältere Arztbriefe sind hilfreich.
- Bei gesetzlich versicherten Patienten einen **Überweisungsschein** von Ihrem Facharzt (für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Ärztlicher Psychotherapeut). Für eine reibungslose Abwicklung muss der Überweisungsschein zwingend an die „**Psychosomatische Institutsambulanz**“ adressiert werden.
- Bei privat versicherten Patienten eine **Kostenzusage** für mindestens 6 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) _____

Versichertennummer _____ Gesetzlich versichert Privat versichert Selber Mitglied

Familienmitglied Selbstzahler Rentner Rentner mitversichert

3. ANGABEN ZU BEHANDELNDEN ÄRZTEN

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

Hausärztin oder Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)



Name / Vorname _____

4. MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE ANGABEN

Befinden Sie sich derzeit in ambulanter Psychotherapie? Ja Nein

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut (Name, Adresse, Telefonnummer)

Therapierichtung: Verhaltenstherapie Tiefenpsychologie/Psychoanalyse Andere

Gab es in der Vergangenheit bereits ambulante psychotherapeutische Behandlungen? Ja Nein

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut (Name, Jahr, Dauer)

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

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

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? Ja Nein

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



KIRINUS
INSTITUTSAMBULANZ

Name / Vorname

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, wann und in welchen Mengen?

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?



Name / Vorname

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 6 Monate ausgelegt. Ist dies 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 Aufnahmeterrnin

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
Wiedereinstieg in den Beruf

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.