



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 Aufnahmetermin _____

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
- Essstörung
- Traumafolgestörung

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.