

Selbstauskunftsbogen

1. Angaben zur Person:

Name		Vorname		Geburtsdatum	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> bitte ankreuzen					
Tel.		E-Mail		Fax	
PLZ		Wohnort		Straße	
Privat versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Einbettzimmeranspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Hausarzt/ Hausärztin		Psychiater*in, Psychotherapeut*in			

Aktuelle Größe	
Aktuelles Gewicht	

2. Jetzige Beschwerden

- a. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Probleme kurz in Ihren eigenen Worten aufgrund derer Sie einen Klinikaufenthalt wünschen (sowohl seelisch als auch körperlich).

- b. Wie haben sich die Probleme entwickelt? Wie lange und häufig sind diese in letzter Zeit aufgetreten? (Beginn, zeitlicher Verlauf)

- c. Was hat nach Ihrer Erfahrung gegen diese Probleme geholfen oder möglicherweise dazu beigetragen, sie zu lindern? (Vielleicht auch nur vorübergehend?)

3. Vorerkrankungen

- a. Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Erkrankung	Alter	Behandlung/Ort	Dauer

- b. Bestehen bei Ihnen aktuelle körperliche Erkrankungen oder waren Sie früher körperlich krank?

Erkrankung	Alter	Behandlung/Ort	Bemerkung

Sollten Ihnen aktuelle ärztliche oder psychologische Berichte/Befunde vorliegen, dann fügen Sie diese bitte dem Selbstauskunftsbogen bei.

- c. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (regelmäßig oder bei Bedarf)?

Medikamentenname	Dosis in mg	Wie oft?	Wann zuletzt?	Maximale Einnahme pro Tag

4. Bitte lesen Sie zuerst alle Aussagen durch und kreuzen Sie danach an, was aktuell auf Sie zutrifft:

- Belastende/traumatische Lebensereignisse
- Unangenehme (und unsinnige) Gedanken
- Unangenehme (und unsinnige) Handlungen
- Dauernder Hunger
- Übergewicht
- Appetitverlust
- Vermeidung fettmachender Speisen
- Gefühl zu fett zu sein trotz besseren Wissens
- Hungern
- Gewichtsverlust
- Untergewicht
- Ausbleibende Regelblutung
- Essanfälle mit großen Nahrungsmengen
- Erbrechen etc. um Nahrung loszuwerden
- Scham
- Sexuelle Probleme
- Mangelnde Alltagsbewältigung
- Starke Bedrohung erlebt
- Plötzliches Wieder-Erleben der Bedrohung
- Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein
- Eigene Gefühle fühlen sich fremd an
- Gefühl, Umgebung ist unwirklich
- Umwelt wirkt fremd und uninteressant
- Ohnmachtsanfälle
- Neigung zu Wutausbrüchen
- Plötzliches Handeln ohne nachzudenken
- Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild
- Intensive aber nur kurze Beziehungen
- Selbstverletzungen
- Andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt
- Andauerndes Bedrohungsgefühl
- Übertreibung eigener Leistungen und Talente
- Überzeugung, besonders und einmalig zu sein
- Häufiger Neid auf andere
- Kritik und Verachtung für Autoritätspersonen
- Schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben
- Unbeteiligt sein bei Gefühlen anderer
- Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten
- Neigung zu Aggressionen und Gewalt
- Übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum
- Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte
- Gesteigerte Aktivität
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Riskantes Verhalten
- Starke Überzeugung, die nicht geteilt wird
- Gedanken werden gemacht oder hörbar
- Hören von Stimmen
- Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten
- Drang zum Diebstahl ohne materielle Not
- Drang zur Brandstiftung
- Konflikt mit dem Gesetz
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Verlust an Interessen und Angenehmen
- Verminderte Aktivität
- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Alpträume
- Früheres Erwachen als gewöhnt (2h und mehr)
- Am schlimmsten ist es morgens
- Anhaltende grundlose Erschöpfung und Müdigkeit
- Übermäßige Schlafneigung während des Tages
- Sozialer Rückzug
- Einsamkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Verzweiflung
- Häufige Suizidgedanken
- Furcht vor Menschenmengen
- Furcht, den sicheren Ort zu verlassen
- Furcht vor Aufmerksamkeit
- Furcht, peinlich zu sein
- Furcht nur vor etwas Speziellem
- Plötzliche Panikattacken
- Ständige Befürchtungen im Alltag
- Übertriebenes Vermeidungsverhalten
- Nicht feststellbares körperliches Leiden
- Ständige starke Schmerzen
- Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten
- Ständige Sorge um körperliche Symptome
- Anhaltende Ohrgeräusche
- Schwindel
- Atembeschwerden
- Herzklopfen und Herzrasen
- Speiseröhre Beschwerden
- Übelkeit
- Häufiger Durchfall
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Taubheits- oder Kribbelgefühl
- Schweißausbrüche
- Wechseljahres- Beschwerden
- Stark schwankende Gefühle
- Starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein
- Neigung zu starkem Zweifel
- Beeinträchtigung durch eigenen Perfektionismus
- Sorge, im sozialen kritisiert zu werden
- Unterordnung und Nachgiebigkeit
- Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können
- Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken
- Einzelgängertum
- Störendes Beharren auf eigenen Rechten
- Gefühl, Opfer von Intrigen zu sein

5. Alkohol/Drogen

a. Konsumieren Sie Alkohol in schädlichen Mengen?
Wenn ja, wie oft, wie viel und wann zuletzt? Nein Ja

b. Haben Sie in der Vergangenheit Alkohol
in schädlichen Mengen konsumiert?
Wenn ja, wann zuletzt? Nein Ja

c. Konsumieren Sie aktuell THC (Cannabis, Haschisch, Marihuana)?
Wenn ja, wie oft, wie viel und wann zuletzt? Nein Ja

d. Haben Sie in der Vergangenheit THC konsumiert?
Wenn ja, wann zuletzt? Nein Ja

e. Konsumieren Sie aktuell andere Drogen?
Wenn ja, was, wie oft, wie viel und wann zuletzt? Nein Ja

f. Haben Sie in der Vergangenheit andere Drogen
konsumiert?
Wenn ja, was und wann zuletzt? Nein Ja

6. Pflegebedarf

a. Haben Sie eine Pflegestufe?
Wenn ja, welche? Nein Ja

b. Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege bzw. beim An- und Auskleiden?
Wenn ja, welche? Nein Ja

c. Benötigen Sie Hilfe bei der Fortbewegung und/oder Orientierung?
Wenn ja, welche? Nein Ja

d. Benötigen Sie sonstige pflegerische Unterstützung?
(z. B. regelmäßige Verbandswechsel)
Wenn ja, welche? Nein Ja

7. Lebenssituation

Familienstand

- Single
- Partner
- Partnerin
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Wohnsituation

- bei den Eltern lebend
- alleinlebend
- Wohngemeinschaft
- mit Partner/in zusammenwohnend
- mit Partner/in und Kindern zusammenwohnend
- mit Kindern zusammenwohnend
- in therapeutischer Wohngemeinschaft
- ohne festen Wohnsitz

Anzahl, Geschlecht und Alter Ihrer Kinder: _____

Berufliche Situation:

a. Erlerner Beruf

b. _____
Aktuell ausgeführter Beruf

c. _____
Wenn Sie derzeit nicht arbeiten, was war ihr zuletzt ausgeführter Beruf

Arbeitslos seit		Rentantrag gestellt am	
Arbeitsunfähig seit		Berentet seit	
Grund der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Rentenantrags bzw. der vorzeitigen Berentung			

8. Alltag

Was hat Ihnen zuletzt in gesunden Tagen Freude gemacht? Womit haben Sie sich gern beschäftigt?

9. Perspektive

Welche Veränderungsziele möchten Sie durch eine stationäre Therapie erreichen? Was soll sich ändern? Und wodurch? Bitte geben Sie 3 möglichst konkrete Ziele an.

1. _____
2. _____
3. _____

Mit der Unterschrift unter diesen Selbstauskunftsbogen, erklären Sie, dass Sie mit der Speicherung ihrer personenbezogenen Daten zum Zwecke der Aufnahmeplanung einverstanden sind

Bei Fragen wenden Sie sich gerne telefonisch oder per Mail an unser Sekretariat.

Datum, Ort

Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

Bitte schicken Sie diesen Selbstauskunftsbogen per Post, E-Mail oder Fax an:

Hegau-Bodensee-Klinikum Singen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Station PSM/S35
Virchowstraße 10
78224 Singen
Telefon: 07731 – 89 2221
Fax: 07731 – 89 2225
E-Mail: psm.sekretariat@glkn.de

Nach Erhalt des Bogens melden wir uns baldmöglichst bei Ihnen.