

Patient*innenfragebogen

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Patient*innen,
der Ihnen vorliegende Fragebogen dient unserem behandelnden Team der **Klinik am Waldschlößchen**, Ihre Beschwerden und Erwartungen an einen Klinikaufenthalt einzuschätzen, wenn Sie sich für eine stationäre Aufnahme in unserem Haus interessieren. Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, werden wir gemeinsam mit Ihnen offene Fragen in einem telefonischen oder persönlichen Vorgespräch besprechen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen so vollständig, wie es Ihnen möglich ist, zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

Wohnort: _____ Krankenkasse: _____

Telefon (tagsüber): _____ (abends): _____

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

- Doppelzimmer
- Einzelzimmer

Vorlaufzeit: _____

zu benachrichtigende Person(en) im Notfall

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

2. Aktuelle Lebenssituation

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- getrenntlebend
- geschieden
- verwitwet
- Anzahl der Kinder/Alter:

Wohnsituation

- alleinlebend
- mit Partner*in
- mit Freunden/Familie
- Wohnheim, betreutes Wohnen

Berufliche Situation

- erlernter Beruf: _____
- letzte ausgeübte Tätigkeit:

- arbeitsunfähig seit: _____
- arbeitslos seit: _____
- berentet seit: _____
- Rentenantrag gestellt am:

3. Aktuelle Beschwerden und Problembereiche

Mehrfachantworten sind möglich, wenn zutreffend bitte ankreuzen

- Schlafstörungen
- Alpträume
- plötzlich auftauchende Erinnerungen an belastende Situationen
- Nervosität, innere Unruhe
- Angstzustände
- Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten
- Reizbarkeit
- Wutausbrüche (mit Sachbeschädigung oder Körperverletzung)
- Selbstverletzungen
- verzerrte Realitätswahrnehmung
- verzerrte Körperwahrnehmung
- andere körperliche oder psychische Beschwerden: _____
- Innere Leere
- Niedergeschlagenheit
- Erschöpfung
- Antriebslosigkeit
- Schmerzen
- Ohnmacht
- Schwindelanfälle
- Zwänge
- Sexuelle Probleme
- Ohrgeräusche
- Selbstmordgedanken oder Pläne
- innere Stimmen
- Wahnvorstellungen
- wechselnde körperliche Beschwerden
- Spielsucht, Brandstiftung, Stehlen, Internet
- Allergien: _____

Alkoholkonsum:

- kein Konsum
- weniger als 1 x pro Monat:
wieviel* _____ was** _____
- 1 - 2 x pro Monat:
wieviel* _____
was** _____
- wöchentlich:
wie oft _____ x pro Woche
wieviel* _____
was** _____
- täglich:
wieviel* _____ was** _____
- Kontrollverluste beim Trinken

Nikotinkonsum:

- kein Konsum
- gelegentlich
- täglich 1-5 Zigaretten
- täglich 5-10 Zigaretten
- täglich 10-20 Zigaretten
- täglich über 20 Zigaretten
- Pfeife
- Zigarre
- Zigarillos
- E-Zigarette
- Sonstiges: _____

* ...Menge in Litern

** ...Art von Alkohol (Bier/Wein/Sekt/Schnaps etc.)

Essen:

- Größe:
- Gewicht:
- willentlich herbeigeführtes Erbrechen
- Konsum von
Abführmitteln/Diuretika/Appetitzügler
- Diäten
- Kompensatorisches Sportreiben
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Drogenkonsum:

- kein Konsum
- Cannabis (Haschisch, Marihuana)
- Opiate (Morphium, Codein, Heroin, Methadon)
- Kokain
- Halluzinogene (LSD, Psilocin, Meskalin)
- Stimulanzien (Amphetamine, Ecstasy, Methylphenidat)
- Flüchtige Lösungsmittel (Klebstoff, Lösungsmittel, Lacke, Feuerzeuggas)
- Schädlicher Gebrauch von
Medikamenten (Sedativa, Hypnotika, Analgetika etc.): _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche und entsprechende Dosierung: _____

Befinden oder befanden Sie sich aufgrund Ihrer Beschwerden in ambulanter oder stationärer Behandlung? Wenn ja, wo und wann? War die Behandlung für Sie erfolgreich?

Liegen bei Ihnen körperliche Behinderungen vor? Wenn ja, welche? Bitte geben Sie den Grad der Einschränkungen beim Verrichten von Alltagstätigkeiten und Mobilität an?

Können Sie gehen, ohne dass Sie einen Stock oder Gehstütze benutzen?

Können Sie 300 m gehen und eine Treppe über mehrere Etagen hinaufgehen?

Können Sie sich bücken, aufstehen und hinsetzen?

Können Sie sich allein anziehen und pflegen?

Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl)? Wenn ja, welche?

Erhalten Sie Physiotherapie? Wenn ja, welche?

Gibt es Ressourcen, die Sie als hilfreich erleben (Fähigkeiten, Kompetenzen, Beziehungen, Wissen, Lebensumstände, Hobbies):

4. Erwartungen und Ziele bezüglich einer stationären Therapie in der Klinik am Waldschlößchen

Mit welchen Zielen kommen Sie zu einer stationären Therapie in unserer Klinik?

Welche Erwartungen haben Sie an eine stationäre Therapie?

5. Persönliche Ergänzungen

Möchten Sie noch etwas unseren Fragen hinzufügen?

Zur weiteren Bearbeitung ist es dringend erforderlich, dass Sie die nachfolgende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung unterschreiben!

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Fragebogen erhobenen Daten zum Zweck meiner Behandlung in der Klinik am Waldschlößchen gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Die Klinik am Waldschlößchen versichert Ihnen, dass Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden, entsprechend der geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und der ärztlichen Schweigepflicht.

Unterschrift:

Vielen Dank für das Ausfüllen unseres Fragebogens. Bitte senden Sie diesen Fragebogen zusammen mit Ihnen eventuell vorliegenden Arztberichten mit dem Vermerk „Patient*innenfragebogen“ an folgende Adresse zurück:

Fachklinik für Psychosomatische Medizin
Zentrum für Psychotraumatherapie

Klinik am Waldschlößchen
Sudhausweg 6
01099 Dresden