

## FO ANMELDEBOGEN PSO

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

um einschätzen zu können, von welchem speziellen Setting (vollstationär oder teilstationär) Sie aktuell am besten profitieren würden und um die Therapiemöglichkeiten besser planen zu können, ist es wichtig, einen besseren Eindruck von Ihrem Beschwerdebild zu bekommen. Wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen und ausgefüllt an uns zurück zu schicken. Alle Informationen sind ausdrücklich nur für uns bestimmt und unterliegen der Schweigepflicht. Wenn Sie schon mal in stationär-psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung gewesen sind, möchten wir Sie bitten, uns die Entlassungsberichte zukommen zu lassen. Bei mehreren Aufenthalten ist es ausreichend, nur den letzten Bericht zu schicken.

<b>Patientendaten</b>			
Name:		Vorname:	
Geschlecht:		Geburtsdatum:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Telefonnummer:			
Körpergröße (in cm):		Gewicht (in kg):	
<b>Wie ist Ihr aktueller Familienstand?</b>			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> In einer Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend			
<b>Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?</b>			
<input type="checkbox"/> alleine im eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> im eigenen Haushalt mit _____ <input type="checkbox"/> im Haushalt anderer, bei _____ <input type="checkbox"/> wohnungslos <input type="checkbox"/> sonstiges, _____			

**Wie sieht Ihre aktuelle berufliche Situation aus?**

---

---

---

**Was sind die Beschwerden, weswegen Sie sich bei uns vorstellen?**

---

---

---

---

**Sind bereits psychiatrische Diagnosen bekannt?**

ja       nein

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

---

---

**Besteht bereits eine psychiatrische Anbindung?**

ja       nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

---

---

**Nehmen Sie Medikamente?**

ja       nein

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

---

---

**Haben Sie schon mal eine ambulante Psychotherapie gemacht?**

ja       nein

Wenn ja, wann? Welches Verfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie/ Analyse, Andere)?

---

---

---

**Machen Sie derzeit eine ambulante Psychotherapie?**

ja       nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

---

---

Sind Sie schon mal in stationär-psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlung gewesen?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, geben Sie bitte kurz an:			
Jahr	Klinik	Aufnahmeanlass	Dauer (in Wochen)
Haben Sie jemals daran gedacht oder versucht, sich das Leben zu nehmen?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann, wie, warum?  _____ _____ _____			
Konsumieren Sie Drogen (z.B. Cannabis, Kokain, Heroin, etc)?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____ _____			
Haben Sie schon mal eine Entzugs-/Entwöhnungstherapie gemacht?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und wo? _____ _____			
Gibt es körperliche Vorerkrankungen, die aktuell behandlungsbedürftig sind?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____ _____			
Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, CPAP-Maske)?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____ _____			

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**