
Anamnesebogen

Willkommen in der Tagklinik

Vorinformationsblatt zum Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Behandlung in unserer Klinik qualitativ und für Sie bestmöglich vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung und Mitarbeit. Der nachfolgende Fragebogen gibt dem Behandlungsteam der Tagklinik die Möglichkeit, Sie und Ihre Anliegen besser kennenzulernen und somit die Therapieinhalte für Sie bestmöglich auszuwählen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, lassen sie diese frei. Falls der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie gerne ein zusätzliches Blatt für Ihre Ergänzungen.

Selbstverständlich werden Ihre Daten innerhalb des Behandlungsteams streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns schon im Voraus und freuen uns, Sie in der Tagklinik begrüßen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Tagklinik der Nußbaumstraße 7

Anamnesebogen
[QMS PID]

Aufnahmebogen der Tagklinik

Persönliche Daten:

- Name:
- Ansprache: Herr Frau Divers: _____
- Alter:
- Familienstand:
- Wohnort:
- Gesetzliche Betreuung bzw. Vorsorgevollmacht:
Wenn ja, Name:

Krankheitsanamnese:

In diesem Abschnitt gehen wir genauer auf Ihre psychiatrische Vorgeschichte und den derzeitigen Ist-Zustand der Symptomatik ein

1. Benennen Sie Ihre psychiatrischen Diagnosen und Nebendiagnosen
2. Welche Symptome und Belastungen sind aktuell bei Ihnen vorhanden und seit wann?
3. Welche Alltagsprobleme ergeben sich daraus?
4. Welche psychiatrischen Medikamente nehmen Sie ein und in welcher Dosierung?
5. Haben Sie bereits Therapieerfahrungen? Wenn ja, welches Setting, Art und wo?
Ambulant (psychiatrisch und psychotherapeutisch):

Aktuell behandelnde Psychiater:

Psychotherapeut:

Hausarzt:

Klinikaufenthalte (teil-, und Vollstationär, psychiatrisch, psychosomatisch, Reha):

Medikamentös (Psychopharmaka):

Anamnesebogen
[QMS PID]

6. Besteht derzeit selbstschädigendes Verhalten? Gab es in der Vergangenheit Suizidgedanken/-versuche?

selbstschädigendes Verhalten (z.B.: Selbstverletzung)

nein ab und zu häufig

Suizidgedanken

nein ab und zu häufig

Suizidversuche:

nein ja wenn ja, wann:.....

Suizidversuche oder Suizid in der Familie:

Nein ja wer:.....

7. Trat in Ihrer Familie bereits eine psychiatrische Erkrankung auf? Falls bekannt, bei wem und welche?

8. Sind körperliche Erkrankungen bekannt und diagnostiziert? (Bsp.: chronische Erkrankungen, Operationen, Verletzungen etc.)

9. Welche Alltagsprobleme ergeben sich daraus?

10. Somatische Begleitmedikation (regelmäßige und Bedarfsmedikation), Name und Dosierung:

11. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Essen oder dem Gewicht?

Wenn ja, welche?

12. Erleben Sie Schwierigkeiten im sexuellen Bereich?

Wenn ja, welche?

13. Trinken Sie Alkohol?

Nein selten (<6x/Monat) regelmäßig (mehrmals in der Woche) täglich

14. Konsumieren Sie Drogen oder andere Substanzen?

nein selten (<6x/Monat) regelmäßig (mehrmals in der Woche) täglich

Wenn ja, Art der Substanzen:

15. Bestehen andere Abhängigkeiten bzw. anderes Suchtverhalten? (Bsp.: Spielsucht, Medien, Internet, Kaufsucht, gesteigertes sexuelles Verhalten etc.)

16. Geben Sie bitte ihre tägliche private Bildschirmzeit an in Minuten (Bsp. Handy, Fernsehen, PC)

Anamnesebogen
[QMS PID]

Schulischer und beruflicher Werdegang

17. Welchen Schulabschluss bzw. -abschlüsse haben Sie erlangt?

18. Abgeschlossene oder begonnene Berufsausbildungen oder Studiengänge? Wenn ja welche?

19. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angestellt | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend |
| <input type="checkbox"/> Ausbildung/ Studium | <input type="checkbox"/> altersbedingt Rente | <input type="checkbox"/> EU- Rente (Seit:.....) |

Aktuell krankgeschrieben seit:.....

Aktuelle berufliche Tätigkeit:

Gibt es berufliche Veränderungswünsche, wenn ja, welche:

Sozialanamnese

In diesem Abschnitt erfragen wir Ihre sozialen Kontakte und was Sie im bisherigen Leben geprägt hat

20. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alleine | <input type="checkbox"/> Partner/ Familie | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Zur Miete | <input type="checkbox"/> Eigentum | <input type="checkbox"/> Therapeutische Wohnform |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... | | |

21. Beschreiben Sie bitte kurz Ihre aktuelle Lebenssituation (Partnerschaft, Kinder, Freundeskreis und andere relevante soziale Kontakte.)

22. Relevante Lebensereignisse die Sie geprägt haben und/oder die Ihre aktuelle Situation beeinflussen: