

Persönlicher Bericht für die Anmeldung

Hinweis: Dieser Bericht wird vertraulich behandelt und wird intern nur dem zuständigen Arzt oder Psychotherapeuten des kbo Isar-Amper-Klinikums - Tagesklinik Freising - zur Verfügung gestellt. Bitte senden Sie Ihre vollständigen Aufnahmeunterlagen per Post oder Fax an die unten angegebene Adresse.

**Liebe Patientin, lieber Patient,
um Ihre Behandlung in unserer Klinik bereits vor der Aufnahme möglichst gut vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Daher bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

1. PERSÖNLICHE DATEN

NAME: _____ VORNAME: _____

PLZ: _____ WOHNORT: _____

STRASSE, HAUSNUMMER: _____

TELEFON: _____ ALTERNATIV: _____

MOBILTELEFON: _____

EMAIL: _____

GEBURTSDATUM: _____

FAMILIENSTAND: _____

STAATSANGEHÖRIGKEIT: _____

BERUFSTÄTIGKEIT: _____

KÖRPERGRÖSSE: _____ CM GEWICHT: _____ KG

2. ANGABEN ZU BEHANDLENDEN ÄRZTEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN

HAUSÄRZTIN/HAUSARZT (Name, Adresse, Telefonnummer) _____

FACHÄRZTIN/FACHARZT (Name, Adresse, Telefonnummer): _____

kbo-Isar-Amper-Klinikum Freising, Gute Änger 13, 85356 Freising, Fax 08161/8625850

BEFINDEN SIE SICH DERZEIT IN AMBULANTER PSYCHOTHERAPIE? JA NEIN

WENN NEIN; WARUM NICHT (Begründung)? _____

AMBULANTE PSYCHOTHERAPEUTIN / PSYCHOTHERAPEUT (Name, Adresse, Telefonnummer)

THERAPIERICHTUNG: VERHALTENSTHERAPIE TIEFENPSYCHOLOGIE/ANALYSE ANDERE

3. MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE ANGABEN

WELCHE SEELISCHEN UND/ODER KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN BEEINTRÄCHTIGEN SIE IM WESENTLICHEN IN IHREM DERZEITIGEN BEFINDEN?

WIE HABEN SICH IHRE BESCHWERDEN ENTWICKELT (BEGINN, ZEITLICHER VERLAUF)

WELCHEN EINFLUSS HAT DIE ERKRANKUNG AUF IHR LEBEN (PRIVAT UND BERUFLICH)

kbo-Isar-Amper-Klinikum Freising, Gute Änger 13, 85356 Freising, Fax 08161/8625850

HABEN SIE JEMALS EINEN SUIZIDVERSUCH UNTERNOMMEN? JA NEIN

WENN JA, WANN FAND DER LETZTE VERSUCH STATT (Monat/Jahr): _____

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)

WIR BITTEN SIE, UNS DIE ABSCHLUSSBERICHTE IHRER KLINIKAUFENTHALTE ZUKOMMEN ZU LASSEN. BEI MEHREREN KLINIKAUFENTHALTEN HAT DER LETZTE BERICHT DIE GRÖSSTE BEDEUTUNG.

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZURZEIT EIN?

Medikament	Dosierung	Seit wann

MACHEN SIE SICH SORGEN UM IHREN ALKOHOLKONSUM? NEIN JA
 Machen Sie bitte in jedem Fall eine ungefähre Angabe über die Anzahl alkoholischer Getränke pro Woche über die letzten 4 Wochen:

NEHMEN SIE DERZEIT ZEITWEISE ODER REGELMÄSSIG BENZODIAZEPINE (z.B. Valium, Tavor) EIN?

NEIN JA (wenn ja, geben Sie bitte Substanz und tägliche Einnahme an)

NEHMEN SIE DERZEIT ODER ZEITWEISE ODER REGELMÄSSIG DROGEN, BZW. ILLEGALE SUBSTANZEN (z.B. Cannabis, Kokain, Heroin, etc.) EIN?

NEIN JA (wenn ja bitte Substanz und tägliche Einnahme angeben)

LEIDEN SIE UNTER EINER ESSTÖRUNG? NEIN JA (bitte genauere Angaben)

kbo-Isar-Amper-Klinikum Freising, Gute Änger 13, 85356 Freising, Fax 08161/8625850

ANDERES PROBLEMATISCHES KONSUMVERHALTEN, Z.B.

EINKAUFEN
MEDIENKONSUM
GLÜCKSPIEL
ANDERES _____

WAREN SIE SCHON EINMAL IN EINER ENTZUGS-ODER ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG (Alkohol, Drogen, Medikamente) ODER WURDE IHNEN EINE SOLCHE BEHANDLUNG EMPFOHLEN? JA NEIN

WENN JA, WELCHE _____ WANN _____

WELCHE ZIELE MÖCHTEN SIE DURCH DIE TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG ERREICHEN? WAS SOLL SICH ÄNDERN?

DATUM:

UNTERSCHRIFT:

Gesehen am:

Durch: