



ANAMNESEFRAGEBOGEN

Liebe/r Patient*in,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einer stationären Aufnahme in unserer Klinik!

Um die Möglichkeiten einer Aufnahme zu überprüfen, aber auch, um Ihnen bestmögliche Hilfe bei Ihren Problemen anbieten zu können, ist es nötig, einige grundlegende Informationen über Sie zu erhalten. Dazu gehören der Anlass für Ihre Aufnahme in die Klinik, Ihre Probleme und Beschwerden, Ihre aktuelle Lebenssituation, Vorbehandlungen, etwaige Süchte, aber auch Informationen über Ihre Familie, Geburt und Kindheit, schulische und berufliche Entwicklung sowie Ihre Stärken und Interessen.

Wir bitten Sie daher, den vorliegenden **Fragebogen** persönlich, wahrheitsgetreu, möglichst ausführlich und vollständig sowie gut leserlich auszufüllen und zu Ihrem Vorgesprächstermin in der Klinikambulanz mitzubringen. Sollten Sie zu wenig Platz zur Beantwortung der Fragen haben, verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt. Bitte nicht auf die Rückseiten der Blätter schreiben! Sollte es bereits **Arztberichte** aus früheren Behandlungen geben, bitten wir Sie, diese dem vorliegenden Fragebogen beizulegen. Ebenso bitten wir um ein **Indikationsschreiben**, dass z. B. Ihr ambulanter Psychotherapeut*in, Psychiater*in oder auch Ihr Hausarzt*in verfassen kann, in dem dargelegt wird, warum ein stationärer Aufenthalt zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll bzw. notwendig erscheint.

Selbstverständlich unterliegen wir der Schweigepflicht und werden den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen und die Vorbefunde nicht an Ihre Krankenkasse oder andere Unbefugte weiterleiten. Die Daten stehen ausschließlich den Therapeut*innen der Klinik Menterschwaige und der angeschlossenen Institutsambulanz zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

ANGABEN ZUR PERSON:

Vor- und Nachname: Geburtsdatum:
PLZ/Wohnort: Straße:
Krankenkasse: Zusatzversicherung:
Tel. Nr.: Email-Adresse:
Heutiges Datum:



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie
Psychotherapie | Psychoanalyse

AUFNAHMEANLASS:

Bitte beschreiben Sie den aktuellen Auslöser für Ihre Aufnahme in die Klinik. Welche Symptome und Beschwerden stehen derzeit im Vordergrund?

Wann traten diese Beschwerden und Probleme zum ersten Mal in Ihrem Leben auf?

Haben Sie Vermutungen über die Ursachen?

Wie haben Sie bisher versucht, mit diesen Beschwerden und Problemen umzugehen?

AUFNAHMEMEDIKATION

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit? Wichtig sind hier v.a. Psychopharmaka.

Medikament:

Dosierung:

Regelmäßige Einnahme/seit:



VORBEHANDLUNGEN:

Medikamentöse Vorbehandlungen:

Medikament: Was war hilfreich? Was nicht? Warum?

Ambulant *psychiatrisch:*

Wann/seit wann/wie lange? Wo/bei wem? Welche Behandlung?

Was war der Anlass?

Was war/ist hilfreich, was problematisch?

Ambulant *psychotherapeutisch:*

Wann/wie lange? Wo/bei wem? Verfahren/therapeutische Ausrichtung?

Was war der Anlass?

Was war/ist hilfreich, was problematisch?



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie
Psychotherapie | Psychoanalyse

Stationär/teilstationär psychiatrisch-psychotherapeutisch:

Wann/wie lange?

Wo/welche Klinik?

Was war der Anlass?

Was war hilfreich, was problematisch?

Körperliche Erkrankungen und Operationen:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Lungenerkrankungen:

Magen-Darm-Trakt:

Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes):

Sonstige:



AKTUELLE LEBENSITUATION:

Wohnsituation? Tagesstruktur/Ausbildung/berufliche Situation? Finanzielle Situation (incl. Schulden)? Soziale Kontakte (Familie, Freunde)? Beziehung/Partnerschaft? Kinder?

EIGENE UND FAMILIENGESCHICHTE:

Wo und wann sind Sie geboren? Gab es Besonderheiten in Schwangerschaft und Geburt?

Eltern, Geschwister, Großeltern: Alter bei Geburt, Berufe, Beziehung zu ihnen

Atmosphäre Ursprungsfamilie? Wer gehörte zum primären Umfeld?



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie
Psychotherapie | Psychoanalyse

Erste Lebensjahre bis zur Einschulung:

Schulischer und ggf. beruflicher Werdegang:

Partnerschaften/Kinder:

Transgenerationale Probleme und Konflikte:

Sexualität und Träume?

TRAUMATISIERUNGEN:

Gab es extreme Erfahrungen, die sich bis heute auswirken?

Körperliche Gewalt ja nein

Sexuelle Gewalt ja nein

Extreme Vernachlässigung ja nein

Abwertung und Demütigung ja nein



RESSOURCEN:

Was interessiert Sie? Was machen Sie gerne? Wo sehen Sie Ihre Stärken?

SUCHT:

Suchtmittel: _____ Seit wann? Wie häufig? Dosierung? Wann zuletzt?

Nikotin:

Alkohol:

Cannabis:

Speed:

Ecstasy:

LSD:

Kokain:

Opiate (z. B. Heroin):

Benzodiazepine:

Andere Medikamente:

Kaufsucht:

Computer/Handy/Internet:

Sonstige:

ESSVERHALTEN:

Bitte schildern Sie Ihr Essverhalten, vor allem etwaige Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten und die Einnahme von Abführmitteln und/oder Appetitzüglern.

Körpergröße:

Aktuelles Gewicht:

(BMI:)



SUIZIDALITÄT UND SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN:

Gab es Zeiten in Ihrem Leben, in denen Sie sich selbst verletzt haben?

ja nein

Wenn ja:

Wann:

Wie?

Wie häufig?

Wann zuletzt?

Können Sie Auslöser benennen?

Hatten Sie in der Vergangenheit oder haben Sie im Moment suizidale Gedanken oder Vorstellungen?

ja nein

Wenn ja:

Wann:

Wie sahen/sehen diese konkret aus:

Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal so verzweifelt, dass Sie einen Suizidversuch gemacht haben?

ja nein

Wenn ja:

Wann:

Wie:

Wie war der weitere Verlauf?



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie
Psychotherapie | Psychoanalyse

THERAPIEZIELE:

Woran möchten Sie während des stationären Aufenthaltes arbeiten? Was sind Ihre Therapieziele?

SONSTIGES:

Was wäre Ihnen noch wichtig, uns mitzuteilen?

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!