



# A N M E L D E B O G E N

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Michael Krüger  
Chefarzt

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Tel. +49 8053 200-506

Fax +49 8053 200-509

sek.psychosomatik@simssee-klinik.de

Simssee Klinik GmbH

Ströbinger Straße 18 a

83093 Bad Endorf

www.simssee-klinik.de

**Simssee Klinik GmbH**

**Psychosomatische Abteilung**

**Ströbinger Str. 18 a**

**83093 Bad Endorf**

*Dieser Bericht wird vertraulich behandelt.*

*Bitte nehmen Sie sich Zeit um nachstehende Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten.*

*Bitte die KONTAKTDATEN in Druckbuchstaben schreiben.*

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
ggf. Tel. tagsüber:

\_\_\_\_\_  
Handy-Nr.:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers. Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Kranken- oder Zusatzversicherung		
Beihilfestelle (bei Beihilfeberechtigten Pers.)		
Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfestelle	

Kostenzusagen von folgenden Krankenkassen sind nicht erforderlich: **AOK Bayern, Techniker Krankenkasse, Barmer Ersatzkasse, BKK Faber Castell, Schwenninger BKK, BKK Siemens.**

Bei allen anderen privaten und gesetzlichen Krankenkassen benötigen wir eine Kostenzusage da wir als gemischte Krankenhausanstalt gelten und einen Versorgungsvertrag haben.

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel

Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162





**Terminangaben:**

Die Aufnahme ist dringend und ich kann innerhalb 24 – 48 Std. anreisen.  Ja  Nein

Ich benötige mindestens 4 Tage Vorlaufzeit zur Aufnahme.  Ja  Nein

Die Aufnahme kann erst ab dem ..... aus folgendem Grund erfolgen: .....

**Ich bin krankgeschrieben seit:** .....

**Beziehen Sie Rente bzw. läuft ein Rentenverfahren?** .....

**Wer sind Ihre behandelnden Ärzte/Ärztinnen?**

**Wer ist Zuweiser/Zuweiserin?**

(Name, Adresse, Telefon):

.....  
.....

**Befinden Sie sich aktuell in ambulanter fachärztlicher Behandlung?**

**Psychiater/In**  **Neurolog/In**  **sonstiger Facharzt/Fachärztin**

nein  ja

Wenn ja: Bitte geben Sie Name, Adresse und Telefonnummer Ihrer Behandler/In an und erteilen uns im Feld Schweigepflicht eine Schweigepflichtentbindung für evtl. Nachfragen bei den Vorbehandlern.

.....  
.....

**Weitere behandelnde Ärzte/Ärztinnen:**

**Hausarzt/Hausärztin**  **Sonstiger Arzt/Ärztin** (Name, Adresse, Telefon):

.....  
.....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2020





Befinden Sie sich **aktuell in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung?**

nein  ja

Wenn ja: Bitte geben Sie Name, Adresse und Telefonnummer Ihrer Behandler/In an und erteilen uns im Feld Schweigepflicht eine Schweigepflichtentbindung für evtl. Nachfragen bei den Vorbehandlern.

.....  
.....

Tiefenpsychologie  Verhaltenstherapie  anderes Verfahren .....

Wie häufig sind Ihre Termine geregelt?

Einmal pro Woche  einmal pro Monat  einmal pro Quartal

Wie viele Stunden sind noch genehmigt? .....

Wie erfolgreich war die bisherige ambulante Psychotherapie Ihrer Einschätzung nach?

.....

Befanden Sie sich schon in **stationärer psychiatrischer bzw. psychosomatischer Behandlung?**

nein  ja

Wenn ja: Bitte geben Sie Klinik und Zeitraum der Behandlung an und fügen die entsprechenden Entlassungsbriefe bei bzw. veranlassen deren Übersendung an uns.

.....  
.....  
.....

**Ich entbinde die o. g. Ärzt/innen/Therapeut/Innen/Kliniken sowie die Ärzt/Innen der psychosomatischen Abteilung der Simssee Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogene Nachfragen und Befundanforderungen zur weiteren Indikationsprüfung:**

**Datum und Unterschrift:**

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2020



**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte geben Sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann

Erhalten Sie auf ärztliche Verschreibung Cannabinoide, Opiate, Bezodiazepine?

Ja  Nein

Benötigen Sie eine Spezialmedikation für **schwerwiegende Erkrankungen** (z. B. Karzinom, HIV, Autoimmunerkrankung, Transplantation, MS, Dialyse etc.)?

.....

**Konsumieren Sie regelmäßig?**

**Nikotin**

Ja  Nein

**Alkohol**

Ja  Nein

**Drogen**

Ja  Nein

Wenn ja in welcher Menge?

.....

**Größe** .....

**Gewicht** .....

Aus versicherungsrechtlichen Gründen können wir nur Patienten bis zu einem Höchstgewicht von 130kg aufnehmen.

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2020



Benötigen Sie eine **besondere Diät** oder **Ernährungsform**?

(Wir können vegetarische, aber keine reine und ausschließlich vegane Ernährungsform anbieten)

.....

Bestehen **aktuell** Lebensmittelunverträglichkeiten oder Allergien auf Lebensmittel?

**Ja**  **Nein**

Lactose

Fructose

Sorbit

Histamin

Gluten

Sonstige  .....

Welche **Lebensmittel**, welche **Kombinationen** von Lebensmitteln oder **Inhaltsstoffe** vertragen Sie schlecht? (z.B. Konservierungsstoffe etc.)

.....

.....

Vertragen Sie **Rohkost**?

**Ja**  **Nein**

Bestehen bezüglich der besonderen Diät oder Ernährungsform eine oder mehrere der nachfolgenden Diagnosen?

**Ja**  **Nein**

Reizdarm

Morbus Crohn

Colitis ulcerosa

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus insulinpflichtig

Gicht

Fettstoffwechsel-Störungen  Bluthochdruck

Sonstige  .....

Ich leide vor allem unter **folgenden Beschwerden** (Gefühle, Gedanken, körperliche Reaktionen):

.....

.....

.....

.....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2020





Benötigen Sie **medizinische Hilfsmittel** (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)  
Sind Sie im Alltag auf **fremde Hilfe** angewiesen bzw. ist Ihre **Selbständigkeit**  
eingeschränkt?

.....  
.....

Meine **berufliche Situation** ist:

.....  
.....  
.....

Meine **private Situation** ist:

.....  
.....  
.....

**Befinden Sie sich in einer Partnerschaft?** Ja  Nein   
**Sind Sie alleinlebend?** Ja  Nein   
**Haben Sie Kinder?** Ja  wenn ja wie viele..... Nein

Wie sind Sie **aufgewachsen?** (Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre im Elternhaus)

.....  
.....  
.....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2020





Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden **Problembereiche in der Behandlung berücksichtigt** werden? Bitte kreuzen Sie je nach Wichtigkeit die einzelnen Punkte an.

	weniger		sehr		vordringlich
	unwichtig	wichtig	wichtig	wichtig	
<b>Niedergedrückte Stimmung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Berufliche Leistungsfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umgang mit Stress/Anspannung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Finanzielle Sorgen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperliche Beschwerden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerzen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Partnerschaft/Ehe*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Familie/Angehörige*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ängste **</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zwangsgedanken/-handlungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Sollten Probleme in der Partnerschaft/Familie vordringlich sein, würde Ihr/e Partner/In oder Familienangehörige für gemeinsame Gespräche in die Klinik kommen?

Ja  Nein

\*\* Sollten Ängste sehr wichtig oder vordringlich sein, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten

- Passiert es Ihnen häufiger, dass Sie plötzlich und spontan starke Angst verspüren, ohne dass Sie eine echte Bedrohung ausmachen können oder dass es einen erkennbaren Auslöser gibt? Ja  Nein
- Vermeiden Sie es, alleine bestimmte Orte oder Situationen wie z. B. Menschenmengen, Kaufhäuser, offene Plätze, Reisen aufzusuchen oder sich weiter von zuhause zu entfernen? Oder haben Sie davor große Angst und suchen solche Situationen nur in Begleitung auf? Ja  Nein
- Machen Ihnen Situationen, in denen Sie im Mittelpunkt stehen und von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten, wie z. B. öffentliches Sprechen, Treffen mit anderen, Gespräche auf Partys oder essen in der Öffentlichkeit, Angst? Ja  Nein
- Machen Sie sich häufig starke (unangemessene) Sorgen über die eigene Sicherheit, die Unversehrtheit Ihrer Familie, Ihren Beruf, Ihre Finanzen oder ähnliches? Ja  Nein



Welche **Ziele** möchten Sie durch den stationären Aufenthalt erreichen?  
**Was soll sich ändern?**

.....

.....

.....

Datum/Unterschrift:.....

*Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen*

**Bitte Kostenzusagen, Verordnung von Krankenhausbehandlung und Entlassungsberichte/Atteste der Anmeldung beilegen!**



## Was sind Wahlleistungen?

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Michael Krüger  
Chefarzt

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
FA für Psychiatrie und Psychotherapie  
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Tel. +49 8053 200-506  
Fax +49 8053 200-509  
sek.psychosomatik@simssee-klinik.de

Simssee Klinik GmbH  
Ströbinger Straße 18 a  
83093 Bad Endorf  
www.simssee-klinik.de

**Wahlleistungen sind Zusatzleistungen, die je nach Tarif bei einer privaten Krankenvollversicherung oder privaten Krankenzusatzversicherung über die Regelleistungen hinausgehen.**

**Zu unseren Wahlleistungen zählen Privatärztliche Behandlung, Komforteinzelzimmer, und zimmerunabhängige Komfortpakete.**

**Dieses Informationsblatt führt Sie durch unsere Angebote**

**Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ

### **PRIMA - Wohlfühlpaket:**

Zimmerunabhängig, Fernsehgerät, Telefonflatrate ohne Grundgebühr, Tageszeitung nach Wahl, Bademantel, Saunahandtuch/Badetuch, Haarfön, Ein Saunabesuch pro Woche in den Chiemgau Thermen (nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt), Zweimal pro Woche ein Obststeller auf dem Zimmer, Einmal pro Tag eine Flasche Saft (0,2 Liter) nach Wahl auf dem Zimmer, Zwei Gutscheine pro Woche für Kaffee + Kuchen in unserer Cafeteria

**Aufpreis: 18,00 Euro/Tag**

### **PRIMA - Komfortzimmer:**

Zimmer mit Balkon, Fernsehgerät, Kühlschrank, Tageszeitung nach Wahl, Autostellplatz, Telefonflatrate ohne Grundgebühr, Blumen zur Begrüßung, je 2 Hand- und Badetücher (tgl. Wechsel), Bademantel (wöchentl. Wechsel), 1 Gutschein pro Woche für Kaffee + Kuchen in unserer Cafeteria

**Aufpreis: 31,00 Euro/Tag**

**PRIMA – Komfortzimmer Superior:** (greift nur bei Tarifversicherung 100% Einbettzimmer)

Zimmer mit separaten Lounge-Bereich, Fernsehgerät, Kühlschrank, Tageszeitung nach Wahl, Autostellplatz, Telefonflatrate ohne Grundgebühr, Blumen zur Begrüßung, je 2 Hand- und Badetücher (tgl. Wechsel), Bademantel (wöchentl. Wechsel), 1 Gutschein pro Woche für Kaffee + Kuchen in unserer Cafeteria, erweiterte Komponentenauswahl bei den Mahlzeiten, Zimmersafe, Wasser, verschiedene Säfte und Kaffeesorten mit Gebäck im Lounge-Bereich, Obst nach Saison im Lounge-Bereich, Umhängetasche, Pflegeprodukte, Schuhputzset, persönliche Betreuung aus dem Patientenservice, kostenloser WLAN-Zugang

**Aufpreis: 55,00 Euro/Tag**

**Ich möchte mich für folgende Wahlleistung vormerken lassen:**

- Privatärztliche Behandlung
- PRIMA - Wohlfühlpaket
- PRIMA - Komfortzimmer
- PRIMA – Komfortzimmer Superior

**Wichtiger Hinweis:**

**Es handelt sich hierbei noch nicht um eine Wahlleistungsvereinbarung, sondern dient ausschließlich der internen Vorabinformation zur Belegungsplanung.**

**Die schriftliche Wahlleistungsvereinbarung erfolgt erst bei stationärer Aufnahme.**

**Die Rechnungsstellung bei jeglicher Wahlleistung richtet sich direkt und unmittelbar an den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter und ist unabhängig von einer möglichen vollständigen Erstattungsleistung durch Dritte. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass für nicht in Anspruch genommene Leistungen, oder individuell nicht benötigte Inhalte aus dem jeweiligen Wahlleistungspaket, keine Nachlässe oder Ersatzleistungen gewährt werden können.**

## Dokumentierte Information und Patientenaufklärung Psychotherapie der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Simssee Klinik Bad Endorf

### Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Arzt/Ihre Ärztin hat Ihnen eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen, Sie haben sich zu dieser Behandlung entschieden. Bevor Sie hier einer Behandlung einwilligen, sind Sie über wichtige Umstände einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung zu informieren, damit Sie sich für oder gegen eine ärztlich psychologische Psychotherapie entscheiden können. Das Aufklärungsblatt soll Ihnen helfen das persönliche Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin, dem Psychologen/der Psychologin vorzubereiten und die wichtigsten Punkte können dokumentiert werden.

### Was ist das Ziel einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung?

Ziel einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung ist – ganz allgemein – die nachhaltige Verbesserung des seelischen, geistigen und/oder körperlichen Befindens. Sie ist die Behandlung unterschiedlichster körperlicher oder seelischer Erkrankungen mit den Mitteln des Geistes.

### Stationäre Psychotherapie ist:

- Krankenbehandlung bei seelisch bedingten Krankheiten, Beschwerden, Störungen
- mittels wissenschaftlich begründeter und empirisch geprüfter Verfahren und Methoden
- mit Bezug auf wissenschaftlich begründete und empirisch gesicherte Krankheits-, Behandlungs- und Heilungstheorien,
- durchgeführt nach qualifizierter Diagnostik und Differentialdiagnostik,
- mit zu Beginn formulierter und im Verlauf evaluierten Therapiezielen,
- durchgeführt von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten mit Fachqualifikation oder unter Anleitung und Supervision, mit ausgebildeten und zertifizierten Erlebnistherapeuten unterschiedlichster Ausrichtung wie Kunsttherapie, Tanztherapie, konzentrativer Bewegungstherapie und Musiktherapie, sowie unter qualifizierten und zusätzlich ausgebildeten psychosomatischen Pflegekräften,
- unter Wahrung ethischer Grundsätze und Normen.

### Wie und wodurch wirkt Psychotherapie?

Psychotherapie kann kurativ (heilend), palliativ (lindernd), gesundheitsfördernd, präventiv (vorbeugend) und persönlichkeitsentwickelnd wirken. Psychotherapie wirkt durch die Förderung des emotionalen Ausdrucks, die Förderung von Einsichts- und Sinneserleben, die Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, die Förderung der Bewusstheit, Selbstregulation, die Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen, ebenso durch die Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten sowie die Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven. Wirkfaktoren sind auch die therapeutische Beziehung, einführendes Verstehen, emotionale Annahme und Stütze durch den/die Psychotherapeuten. Weitere Wirkfaktoren sind die Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs sowie die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke und Erfahrungen der Zusammengehörigkeit.

### Wie läuft eine Psychotherapie in der Regel ab?

Im Erstkontakt schildert der/die Patient/in seine/ihre Beschwerden, dabei sollten auch seine/ihre Erwartungen und Motivationen besprochen werden. In vertiefenden Folgegesprächen werden die Krankheitsvorgeschichte, die Biographie und die Lebenssituation des Patienten erfasst, hieraus ergeben sich der psychische Befund, die Psychodynamik, die Diagnosen sowie der Therapieplan einschließlich der Therapieziele.

Nach Abschluss der Diagnostik erfolgen die therapeutischen Interventionen, manchmal unter Einbezug des Umfelds und der Lebensgeschichte des Patienten/der Patientin. In einer gemeinsamen Reflexion zwischen PatientIn und TherapeutIn wird das zuvor Bearbeitete integriert, um die Umsetzung des Erfahrenen oder Erlernen im Alltag zu fördern.

Psychotherapie kann als Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie durchgeführt werden.

## Wann wird Psychotherapie durchgeführt?

Bei psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen aller Altersgruppen z.B. bei:

- Depressiven Störungen, Phobien, Angst- und Zwangsstörungen mit und ohne körperlicher Begleitsymptomatik
- Funktionsstörungen des Herzens, des Magen-Darm-Traktes, der Atmung, des Urogenitalsystems oder anderer Organsysteme ohne organpathologische Erklärung
- Somatoforme Schmerzstörung (z.B. Fibromyalgie)
- Störung des Essverhaltens (Magersucht, Ess-Brechsucht, Adipositas)
- Störung der Krankheitsverarbeitung, z.B. bei Krebserkrankung, nach Transplantation, während einer Dialyse, bei anderen chronisch körperlichen Erkrankungen wie bei essentiellen Hypertonus, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale oder koronarer Herzkrankheit
- Psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne wie z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Ulcus ventriculi, Neurodermitis usw.
- Dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) wie z.B. psychogene Lähmungen, psychogene Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, psychogene Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, psychogene Krampfanfälle etc.
- Störungen der sexuellen Entwicklung und der sexuellen Identität
- Posttraumatische Belastungsstörungen wie psychische und psychosomatische Störungen nach Unfällen, Verbrechen, sexuellem Missbrauch etc.
- Artificielle Störungen, z.B. selbstverletzendes Verhalten
- Persönlichkeitsstörungen (Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen)

## In welchen Fällen reicht Psychotherapie nicht oder nur unter Vorbehalt aus?

Grenzen der psychotherapeutischen Behandlung sind dann gegeben, wenn Störungsbilder zuerst bzw. begleitend durch eine körpermedizinische Behandlung durch einen Facharzt eines anderen Fachgebietes erfordern.

## Worauf sollten Sie bei Beginn einer stationären Psychotherapie achten?

Das psychotherapeutische Verfahren sollte mit seinen Methoden, Techniken und Rahmenbedingungen von dem/der PatientIn gut annehmbar sein.

Zu Beginn der Therapie bespricht der/die PsychotherapeutIn mit dem/der PatientIn die Gründe, warum stationäre Psychotherapie in Anspruch genommen wird, welche Ziele im Rahmen der stationären Psychotherapie erreicht werden sollen und woran der Therapieerfolg nach Abschluss der Behandlung gemessen werden soll. Ein von PatientInnen mitgestalteter Therapieprozess hat sich für die Gesundung als ausgesprochen hilfreich erwiesen.

## Was müssen PatientInnen beachten? Rechte und Pflichten bei einer psychotherapeutischen Behandlung, besondere Hinweise (gemeint ist stationäre psychotherapeutische Behandlung):

Rechtliche Grundlage für die Psychotherapie ist ein Therapievertrag, der wie jeder Dienstleistungsvertrag eine Leistung beinhaltet, nicht aber einen Erfolg verspricht. In der stationären Psychotherapie ist der respektvolle Umgang mit den Wünschen des/der PatientenIn unabdingbar. Der/die PatientIn hat ein Recht darauf, dass der/die PsychotherapeutIn Fragen zum therapeutischen Vorgehen beantwortet.

Die an der Behandlung beteiligten PsychotherapeutInnen unterliegen den unterschiedlichen Berufsordnungen zur Einhaltung der Berufspflichten wie z.B. Weiterbildung, Aufklärung, Dokumentation, Abstinenz und Verschwiegenheit verpflichtet.

## Kosten

Die Kosten stationärer Krankenhausbehandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen und der Beihilfe übernommen. Bei privaten Krankenversicherungen empfiehlt es sich vorab eine Kostenübernahmeerklärung anzufordern.

## Risiken und Nebenwirkungen von stationärer Psychotherapie

- Psychotherapie kann als finanzielle und zeitliche Belastung empfunden werden.
- Sie kann in die bisherige Lebensweise und das Beziehungsgefüge eines Menschen eingreifen.
- Es kann Phasen der Symptomverschlechterung geben.
- Es können Phasen von Selbstüberschätzung und/oder Selbstzweifel eintreten.
- Partnerschaftliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen können sich verändern, verbessern oder verschlechtern.
- Berufliche Veränderungen positiver und negativer Weise können auftreten.
- Es können in Folge der Psychotherapie Verstrickungen in den Beziehungen zum/zur PsychotherapeutIn entstehen die bearbeitet werden. Eine persönliche Beziehung zum Therapeuten ist ausgeschlossen, die psychotherapeutische Beziehung ist keine private sondern eine bezahlte Arbeitsbeziehung.
- Wenn Sie Medikamente einnehmen ist dies dem Arzt/der Ärztin mitzuteilen, Medikamente können auf die Psychotherapie deutlichen Einfluss haben.
- Ebenso können mehrere Psychotherapien oder psychosoziale Beratungen gleichzeitig Einfluss auf die Psychotherapie haben, auch dies sollten Sie mit Ihrem ärztlichen Psychotherapeuten besprechen.

Wenn sich Veränderungen unabhängig davon, ob sie als Belastung oder als Entlastung empfunden werden, zeigen oder wenn keine Veränderung in Richtung der gestellten Therapieziele eintreten, ist es wichtig, dies offen mit dem/der PsychotherapeutIn zu besprechen und das weitere Vorgehen abzustimmen.

**Die o. g. Informationen habe ich gelesen und bestätige dies mit meiner Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum                      Unterschrift Patient

**Für Fragen steht Ihnen Ihr/e ärztliche oder psychologische PsychotherapeutIn zur Verfügung.**

**Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Nach erfolgter persönlicher Aufklärung bei Aufnahme:

Möchte ich die mir vorgeschlagene Therapie durchführen,

lehne ich die Therapie ab.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen zu stellen und habe die Aufklärung verstanden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum                      Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_

Ort, Datum                      Unterschrift Aufklärer



Aufkleber

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patient/innen,

wir bitten Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. Ihr Bezugstherapeut/in/Arzt/Ärztin bekommt aus diesen Informationen wertvolle Hilfe um mit Ihnen an Ihrem Aufnahmetag hier Ihren Stundenplan und die weitere Therapie zu planen. Das Ausfüllen des Anamnesefragebogens dient auch schon Ihrer eigenen Therapievorbereitung und hilft über die Entwicklung Ihres Lebens und die aktuellen Schwierigkeiten nachzudenken. Wir bitten Sie den ausgefüllten Anamnesefragebogen zusammen mit den anderen Unterlagen uns möglichst vollständig zuzusenden. Erst wenn Ihre Anmeldeunterlagen komplett sind können wir einen Aufnahmezeitraum festlegen.

Dieser Bericht mit Ihren Angaben ist selbstverständlich geschützt.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen haben wird Sie sicher Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin vor Ort unterstützen.

Herzlichen Dank

Ihr Team der Psychosomatik

geboren am		Geburtsort	
derzeitiger Beruf		Schulabschluss	
Familienstand		Kind und Alter	

Wer hat Ihnen zur Therapie geraten?	
-------------------------------------	--

Was sind Ihre psychischen Beschwerden? Seit wann bestehen diese schätzungsweise?

Was sind Ihre körperlichen Beschwerden? Seit wann bestehen diese?





Reihen Sie Ihre Beschwerden nach Schweregrad ein:		
1.		Was tun Sie dagegen:
2.		Was tun Sie dagegen:
3.		Was tun Sie dagegen:
4.		Was tun Sie dagegen:
5.		Was tun Sie dagegen:
Worauf führen Sie Ihre Beschwerden zurück?		

Was können Sie aufgrund Ihrer Beschwerden nicht mehr oder nur schwer tun?

Wie verlief Ihr Leben kurz vor der Therapie?

Formulieren Sie Ihre eigenen Therapieziele:



<b>Was sollte sich durch die Therapie ändern:</b>	

<b>Wurden Sie jemals stationär behandelt (körperlich sowie psychisch)?</b>						
Jahr		in		für		Wochen Grund:
Jahr		in		für		Wochen Grund:
Jahr		in		für		Wochen Grund:
Jahr		in		für		Wochen Grund:
Jahr		in		für		Wochen Grund:

<b>Sind Sie oder waren Sie in ambulanter Behandlung bei einem Psychologen, Therapeuten oder Psychoanalytiker?</b>				
Jahr		Wie viele Sitzungen		Grund für Beendigung:
Jahr		Wie viele Sitzungen		Grund für Beendigung:
Jahr		Wie viele Sitzungen		Grund für Beendigung:
Jahr		Wie viele Sitzungen		Grund für Beendigung:
Jahr		Wie viele Sitzungen		Grund für Beendigung:

<b>Falls Sie Medikamente nehmen, welche:</b>						
1		für		Wochen Grund:		
2		für		Wochen Grund:		
3		für		Wochen Grund:		
4		für		Wochen Grund:		
5		für		Wochen Grund:		
6		für		Wochen Grund:		
7		für		Wochen Grund:		



Haben Sie schon einmal daran <i>gedacht</i> , sich das Leben zu nehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wann zuletzt:
Grund:

Haben Sie schon einmal <i>versucht</i> , sich das Leben zu nehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wann zuletzt:
Grund:

## Suchtverhalten

Sind Sie durch eine Sucht (Alkohol, Medikamente, Drogen, Nikotin, Spielen etc.) gefährdet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Waren Sie jemals abhängig?
Was haben Sie dagegen getan und was hat Ihnen geholfen?

Wie sieht der derzeitige Konsum aus (bitte möglichst genaue Angaben):

## Angaben zu den Eltern

Wuchsen Sie bei Ihren leiblichen Eltern auf? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span>
Nein, weil

War Ihr Vater oder Ihre Mutter für längere Zeit abwesend? (z. B. durch Krieg, Krankheit, Arbeit...)

Haben sich Ihre Eltern getrennt oder wurden geschieden? (mögliche Gründe und Ihr Alter damals)

Wie war die Beziehung Ihrer Eltern miteinander?

War oder ist ein Elternteil pflegebedürftig oder krank?

Mutter verstarb mit		Jahren an	
Vater verstarb mit		Jahren an	

## Angaben zur Mutter

Geburtsjahr		Geburtsort		Geburtsland	
Beruf		Schulabschluss			
Körperliche und psychische Beschwerden:					
Beschreiben Sie Ihre Mutter (vier typische Eigenschaften und Verhaltensweisen):					

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu ihr:

Hat sie irgendein Familienmitglied bevorzugt und wenn ja, wie und warum:

### Angaben zum Vater

Geburtsjahr		Geburtsort		Geburtsland	
Beruf		Schulabschluss			
Körperliche und psychische Beschwerden:					
Beschreiben Sie Ihren Vater (vier typische Eigenschaften und Verhaltensweisen):					

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu ihm:

Hat er irgendein Familienmitglied bevorzugt und wenn ja, wie und warum:

## Geschwister

Welchen Platz nehmen Sie in der Geschwisterreihe ein: der/die	geborene.

## Angaben zu den Geschwistern:

Name		Geburtsjahr		Eigenschaften:	
Name		Geburtsjahr		Eigenschaften:	
Name		Geburtsjahr		Eigenschaften:	
Name		Geburtsjahr		Eigenschaften:	
Name		Geburtsjahr		Eigenschaften:	

Zu welchem Ihrer Geschwister haben Sie das beste Verhältnis und weshalb:

Zu welchem Ihrer Geschwister haben Sie das schlechteste Verhältnis und weshalb:

Haben Sie in Ihrer Kindheit elterliche Funktionen übernommen?	<input type="checkbox"/> nein
Ja, für	

## Erziehung

Wer waren für Sie als Kind die wichtigsten Bezugspersonen und weshalb?

Wie war Ihre Erziehung? (z. B. autoritär, willkürlich streng)	
---	--

Wurden Sie als Kind gelobt? (von wem und wofür)	

Wie und von wem wurden Sie üblicherweise bestraft und wie?

Gab es einschneidende Erlebnisse dabei?

Wurden Sie materiell verwöhnt? (von wem, wann und wie, z. B. mit Geld/Spielzeug etc.)

Wurde Eigenständigkeit eher gefördert oder evtl. verhindert? (von wem und wie)

## Familienleben mit den Eltern

Beschreiben Sie das Familienklima in der Ursprungsfamilie:

Wie offen wurden Konflikte miteinander ausgetragen?

Wer hat die wichtigsten Entscheidungen getroffen?

Gab es Themen, über die nicht gesprochen wurde?

Wie religiös war Ihr Elternhaus und wie äußerte sich dies?

Wie häufig und von wem wurde über Geld und Leistung gesprochen?

## Psycho-physische Entwicklung

Wie war die Situation Ihrer Eltern mit Beginn der Schwangerschaft mit Ihnen?  
Wie war der Verlauf der Schwangerschaft und Geburt (z. B. Komplikationen)?

Gab es Auffälligkeiten in Ihrer körperlichen Entwicklung?  
(z. B. Gewicht, Essen, Laufen, Sprechen, Bettnässen, Sauberkeitsentwicklung)

Gab es eine körperliche oder andere Besonderheit, derentwegen Sie sich schämten oder gehänselt wurden?

Hatten Sie als Kind Alpträume? (bis wann und welchen Inhalt)

Wer oder was machte Ihnen als Kind am meisten Angst?

Gab es schwere körperliche Krankheiten? <input type="checkbox"/> nein		
Ja, folgende:		
1.		Alter:
2.		Alter:
3.		Alter:
4.		Alter:

Wurden Sie aufgrund einer Erkrankung oder einer OP im Kindesalter hospitalisiert:			
1. Diagnose		Alter:	Aufenthaltsdauer Tage:
2. Diagnose		Alter:	Aufenthaltsdauer Tage:
3. Diagnose		Alter:	Aufenthaltsdauer Tage:

Was hatte Ihre Familie für Schicksalsschläge:

Was hatten Sie persönlich für Schicksalsschläge:

## Schule und Leistungen

Besuchten Sie den Kindergarten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie gerne:
---

Gingen Sie gern zur Schule:
-----------------------------

Welche Leistungen wurden von Ihnen erwartet und von wem:

Wie reagierten Ihre Eltern auf erbrachte Leistungen:	
Mutter:	Vater:

Andere wichtige Bezugspersonen:	

Welche Schulen haben Sie zuletzt besucht: (z. B. Grund-/Haupt-/Real-/Förderschule, Gymnasium)			
Schulart		Jahre	Abschluss
1.			
2.			

Hatten Sie Freunde in der Schule:	
-----------------------------------	--

Welche Rolle hatten Sie als Kind in der Klassengemeinschaft:	
--	--

Später als Jugendliche/r:	
---------------------------	--

Wie verhielten Sie sich Erwachsenen gegenüber:	

Wie wurden Sie von Erwachsenen behandelt:	

## Arbeitsleben

Alter bei Eintritt ins Arbeitsleben:	
--------------------------------------	--

Dauer Lehrzeit/Studium:		Abgeschlossen Jahr:		Qualifik./Berufsbez.:	
Dauer Lehrzeit/Studium:		Abgeschlossen Jahr:		Qualifik./Berufsbez.:	
Dauer Lehrzeit/Studium:		Abgeschlossen Jahr:		Qualifik./Berufsbez.:	



Ausgeübte Berufe/Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge einschließlich Zeiten von Krankschreibung (ab einem Monat), Arbeitslosigkeit (ab 3 Monate), Zeit- oder Dauerrente:

Monat	Jahr	Dauer	Berufs/Tätigkeitsbezeichnung

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Position:

Was mögen Sie an Ihrer Arbeit:

Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche:

Fühlen Sie sich beruflich gestresst: (von sehr stark bis gar nicht)

Was stresst Sie am meisten:

Wenn Sie arbeitslos sind, was ist der Grund hierfür:

## Ehe, Heirat, Partnerschaft

Waren Sie verheiratet und wie oft:	
------------------------------------	--

1. Heirat von/bis		Grund für die Heirat:	
Falls geschieden, wann		Grund für erste Scheidung:	
2. Heirat von/bis		Grund für die Heirat:	
Falls geschieden, wann		Grund für zweite Scheidung:	
3. Heirat von/bis		Grund für die Heirat:	
Falls geschieden, wann		Grund für dritte Scheidung:	

Leben Sie getrennt von Ihrem Ehepartner, wenn ja warum:	

Haben Sie noch Kontakt mit Ihren früheren Ehepartner/n:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ja, weil:	

Sind Sie in einer Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, seit wann nicht mehr:	
ja, mit:	Alter:	Beruf:

Wie würden Sie die Qualität Ihrer jetzigen Beziehung (Ehe oder Partnerschaft) bzw. der letzten für Sie wichtigen Beziehung beschreiben?

Beschreiben Sie anhand von vier Eigenschaften Ihre/n Partner/in:	
Stärken:	
Schwächen:	

Wer ist/war in der Beziehung der dominante Teil (mit Beispiel):

Wie gehen/gingen Sie mit Streitigkeiten um:	

Ist/war einer der Partner besonders eifersüchtig?	
---	--

Was würden/hätten Sie gerne an der Beziehung verändert:	

Was vermissen/vermissten Sie in Ihrer Beziehung am meisten:	

## Kinder

1. Kind	Geschlecht:		Geb.:		Schule/Beruf:	
2. Kind	Geschlecht:		Geb.:		Schule/Beruf:	
3. Kind	Geschlecht:		Geb.:		Schule/Beruf:	
4. Kind	Geschlecht:		Geb.:		Schule/Beruf:	
5. Kind	Geschlecht:		Geb.:		Schule/Beruf:	

Welche Kinder bereiten Ihnen aus welchen Gründen Sorgen:	

Falls Sie keine Kinder haben, woran liegt es:	

## Finanzielle Situation

Sind Sie verschuldet:	
-----------------------	--

Haben Sie Geldsorgen, wenn ja, welcher Art:	

Erleben Sie sich von anderen finanziell abhängig?	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, von wem:	

## Wohnsituation

Wie leben Sie:
<input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Untermiete <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> eigenes Haus

Was mögen Sie an Ihrer Wohnsituation nicht?	

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt:	
---	--

Wohnen im Haus oder in unmittelbarer Nähe Verwandte?	
--	--

## Konfliktverhalten

Mit wem streiten Sie sich am meisten:	
---------------------------------------	--

Worüber streiten Sie sich am meisten:	
---------------------------------------	--

Sind Sie jemand, der Streit eher vermeidet:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

Wie verhalten Sie sich bei Streitigkeiten (z. B. Schweigen, Brüllen, weggehen, sarkastisch sein etc.):



Bei wem können Sie sich am wenigsten durchsetzen?	
Weshalb nicht?	

## Gefühle

Welche Gefühle können Sie am wenigsten zeigen:	
--	--

Worauf führen Sie dies zurück:	

Welche Gefühle wurden bei Ihnen zu Hause nicht gezeigt:	

Was sind Ihre größten Ängste:	

Worauf führen Sie Ihre Ängstlichkeit zurück:	

## Selbstbild

Wie würden Sie sich selbst beschreiben? Wodurch unterscheiden Sie sich von anderen Menschen?



Belastende Lebensereignisse/Schicksalsschläge		Lebensjahr
1		
2		
3		

Was sind Ihre Stärken:	

Was sind Ihre Schwächen:	

Wie wirken Sie auf andere:	

Wie gehen andere Menschen mit Ihnen um:	

## Freundeskreis

Wie sozial aktiv sind Sie:	
----------------------------	--

Aus wie vielen Personen besteht Ihr Freundeskreis:	
--	--

Wie oft sehen Sie Ihre Freunde:	
---------------------------------	--

Haben Sie einen besten Freund/Freundin, mit dem/der Sie über alles reden können:	
--	--

Haben Sie – unabhängig von Ihrem Lebenspartner – eigene Freunde:	
--	--

## Freizeitverhalten

Wann waren Sie das letzte Mal im Urlaub:		Wie lange:	
--	--	------------	--

Liebste Freizeitbeschäftigungen:	
----------------------------------	--

Wie entspannen Sie am besten:	
-------------------------------	--

Spielen Sie ein Instrument:	
-----------------------------	--

Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie wie oft aus:	

Sind Sie in einem Verein/Partei aktiv:	
--	--

Bekleiden Sie Ehrenämter:	
---------------------------	--

Wie gerne und wie viel Freizeit verbringen Sie mit Ihrem Partner:	

Wie viel Freizeit verbringen Sie mit Ihrer Familie:	
---	--

## Bitte notieren Sie Ihre wichtigsten Therapieziele






