



# 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

**Simssee Klinik GmbH**  
**Psychosomatische Abteilung**  
**Ströbinger Str. 18 a**  
**83093 Bad Endorf**

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

*Dieser Bericht wird vertraulich behandelt.*

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

*Bitte die KONTAKTDATEN in Druckbuchstaben gut leserlich 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, Vivida BKK, BKK Siemens.**  
Bei allen anderen, sowohl privaten und gesetzlichen Krankenkassen, benötigen wir eine schriftliche 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 regulär 4 Tage Vorlaufzeit zur Aufnahme  Ja  Nein

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

### Wer sind Ihre behandelnden Ärzte/Ärztinnen?

#### Wer ist Zuweiser/Zuweiserin?

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 ÄrztInnen

Hausarzt/Hausärztin  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.

.....  
.....

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

PsychiaterIn/NeurologIn  OrthopädiIn  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.

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

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Okt\_2021



**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    Systemische Therapie    anderes Verfahren

Wie häufig sind Ihre Termine geregelt:  Einmal pro Woche    14-tägig    einmal pro Monat

Wann haben Sie die Psychotherapie begonnen? .....

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

Wie erfolgreich war die bisherige ambulante Psychotherapie Ihrer Einschätzung nach?

.....

Wenn Sie sich gegenwärtig nicht in psychotherapeutischer ambulanter Behandlung befinden, benötigen wir ein Attest einer Psychiater-In, oder einer Fachärzt-In für psychosomatische Medizin oder einer Psychotherapeut-In, aus dem hervorgeht dass die stationäre psychosomatische Behandlung auch ohne vorherige ambulante, psychotherapeutische Behandlung dringen geboten ist.

**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:**

Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162



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, Benzodiazepine?

- Nein**    **Ja**

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

.....

**Konsumieren Sie regelmäßig?**

- Nikotin**       **Alkohol**       **Drogen**       **andere Süchte**  
 **Nein**  **Ja**       **Nein**  **Ja**       **Nein**  **Ja**       **Nein**  **Ja**

Wenn ja in **welcher Form** und in **welcher Menge**?

.....

Gibt es andere **schädliche Verhaltensweisen**, mit denen Sie sich stabilisieren?  
 (Essattacken, Selbstverletzung, pathologisches Spielen, andere Süchte)

- Nein**       **Ja** Wann zuletzt:.....

Haben Sie schon einmal daran **gedacht** oder **versucht** sich **das Leben zu nehmen**?

- Nein**       **Ja** Wann zuletzt:.....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Okt\_2021



Grund:.....

Größe .....

Gewicht .....

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

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?

**Nein**       **Ja**

Lactose    Fructose    Sorbit    Histamin    Gluten    Sonstige.....

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

.....

.....

Vertragen Sie **Rohkost**?

**Nein**    **Ja**

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

**Nein**    **Ja**

- Reizdarm    Morbus Crohn       Colitis ulcerosa       Gicht       Bluthochdruck
- Diabetes mellitus    Diabetes mellitus insulinpflichtig    Fettstoffwechsel-Störungen
- Sonstige .....

Benötigen Sie **medizinische Hilfsmittel** (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)?

Sind Sie im Alltag auf **fremde Hilfe** angewiesen bzw. ist Ihre **Selbständigkeit** eingeschränkt? Kann es zu Problemen bei der **alleinigen Orientierung** in den örtlichen Begebenheiten kommen?

.....

Liegt eine **Seh- oder Hörminderung** vor, so dass eine Teilnahme an Gruppengesprächen beeinträchtigt sein könnte?

**Nein**    **Ja**

Zentraler Bestandteil unseres therapeutischen Angebotes ist die Gruppenpsychotherapie.

Sind Sie bereit und in der Lage aktiv daran teilzunehmen?    **Nein**    **Ja**

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel  
Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Okt\_2021





## Angaben zu den Eltern, Geschwistern, Familienleben

Beschreiben Sie Ihre **Beziehung** zu Ihrer **Mutter**:

.....

.....

Beschreiben Sie Ihre **Beziehung** zu Ihrem **Vater**:

.....

.....

Beschreiben Sie Ihre **Beziehung** zu Ihren **Geschwistern**:

.....

.....

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

.....

.....

## Schule und Berufstätigkeit

Welche **Schulen** haben Sie besucht?

.....

.....

Welchen **Beruf/Tätigkeit** haben Sie **ausgeübt** oder **üben Sie aus**?

Meine **berufliche Situation** ist:

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel  
Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162



- Ich bin krankgeschrieben  Nein  Ja seit: .....
- Beziehen Sie Rente bzw. läuft ein laufendes Rentenverfahren?  Nein  Ja
- Streben Sie ein Rentenverfahren an?  Nein  Ja
- Befinden Sie sich in einem anderen juristischen Verfahren die im Zusammenhang zur aktuellen Behandlung steht z. B. Scheidung?  Nein  Ja

## Ehe, Heirat, Partnerschaft

- Befinden Sie sich in einer Partnerschaft?  Nein  Ja
- Sind Sie alleinlebend?  Nein  Ja

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

.....

.....

- Haben Sie Kinder?  Nein  Ja wenn ja wie viele.....
- Leben Sie mit ihren Kindern zusammen?  Nein  Ja

Wie würden Sie die **Beziehung zu Ihrer Kindern** beschreiben?

.....

.....

Haben Sie den **Wunsch nach Veränderungen** in **Familie/Beziehung**?  Nein  Ja

.....

.....

Meine **private Situation** ist:

.....  
.....

## Wohnsituation

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation:

.....  
.....

## Konfliktverhalten

Bestehen **besondere Schwierigkeiten** in Ihrem Umfeld?

.....  
.....

In welchen **Lebensbereichen** sehen Sie **dringenden Veränderungsbedarf**?

.....  
.....

Was sind Ihre **psychischen Beschwerden** und **seit wann** bestehen diese?

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

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Okt\_2021





Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden **Problembereiche in der Behandlung berücksichtigt** werden?

Bitte setzen Sie das Kreuzchen so, dass wir die für Sie (aktuell) **vorrangigsten Themen erkennen**.

		weniger		sehr	
	unwichtig	wichtig	wichtig	wichtig	vordringlich
<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"/>

Was sind Ihre **körperlichen Beschwerden** und **seit wann** bestehen diese?

.....

.....

.....

Worauf führen Sie Ihre **Beschwerden** zurück?

.....

.....

Was denken Sie selbst über die Ursache Ihre **körperlichen** und **psychischen Beschwerden**?

.....  
.....

Welche **Fähigkeiten** würden Sie gerne **entwickeln**, um **besser** mit diesen **Schwierigkeiten** oder **Beschwerden** zurecht zu kommen?

.....  
.....

Bitte beschreiben Sie Ihr **vordringlichstes Therapieziel**. Was soll sich ändern?

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

**Datum/Unterschrift:** .....

*Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen*

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

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Okt\_2021



## 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, Bademantel 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, Bademantel, 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.**

**Pandemiebedingt bitten wir um Verständnis, dass nicht immer alle Angebote (z. B. Sauna, Thermennutzung, einzelne gastronomische Leistungen) durchgeführt werden können. Da es hier meist zu sehr kurzfristigen Entscheidungen kommt, kann dazu erst im Detail bei Aufnahme eine Auskunft gegeben werden.**

## 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