

**Bitte ausgefüllt zurück an:**

per E-Mail: [psychosomatik@segebergerkliniken.de](mailto:psychosomatik@segebergerkliniken.de) (bitte als PDF, nicht als JPEG)

per Fax: 04551 802-4895

per Post: Sekretariat der Psychosomatik, SEGEBERGER KLINIKEN GMBH, Klosterkamp 1 A, 23795 Bad Segeberg

oder

oder

Datum \_\_\_\_\_

**Anmeldebogen zur Aufnahme in unsere Tagesklinik**

Angaben zu meiner Person:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  divers

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Aufnahme von Begleitkindern: \_\_\_\_\_

Sind Sie ohne Unterkunft oder droht Ihnen der Verlust des Wohnraumes?

Ja  Nein

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Private (Zusatz-)Versicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfe in %: \_\_\_\_\_ Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

(Zusatz-)Versicherung für  1-Bettzimmer oder  2-Bettzimmer  wahlärztliche Leistung

Ich kann innerhalb von 1 - 2 Tagen anreisen  Ja  Nein

Ich kann innerhalb von 3 - 4 Tagen anreisen  Ja  Nein

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?  Ja  Nein

Ein Reha-Antrag ist  gestellt  bewilligt  abgelehnt.

Ich bin arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

Ich bin arbeitsfähig

Gesetzlicher Betreuer (wenn ja, bitte Kopie Betreuerausweis beifügen):  Ja  Nein

Ich bin in der Vergangenheit bereits Patient in der Psychosomatik der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH gewesen:  Ja  Nein

**Persönlicher Bericht**

Aktuelle Behandlungen:

Ja, ich befinde mich aktuell in ambulanter Psychotherapie

bei (Name Behandler/-in) \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_ Anzahl der bisherigen Sitzungen ca. \_\_\_\_\_

Art der Therapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Therapie, Psychoanalyse, Systemische Therapie oder Sonstige)?

\_\_\_\_\_  
 Nein, ich befinde mich aktuell nicht in ambulanter Psychotherapie

Bitte geben Sie hierfür den Grund an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin in psychiatrischer Behandlung bei:

\_\_\_\_\_

Sonstige Behandlungen in Bezug auf die psychischen Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte führen Sie Ihre stationären bzw. tagesklinischen Behandlungen innerhalb der letzten 3 Jahre auf und fügen, falls vorhanden, die Berichte bei.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inwiefern konnten Sie von dieser Behandlung profitieren?  
Wovon genau bzw. wovon nicht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinah jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
Antriebslosigkeit				
Zukunftsängste				
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrtes Schlafbedürfnis				
Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben				
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl ein Versager zu sein oder andere enttäuscht zu haben				
Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen				
Allgemeine Verlangsamung oder gegenteilig Ruhelosigkeit und stärkerer Bewegungsdrang				
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten				
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?				
Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis?				
Vermeidung von Situationen in denen Angst auftreten könnte?				
Zwang wieder und wieder nachzukontrollieren, was sie tun				
Sich aufdrängende Erinnerungen oder Alpträume				
Gefühl des wehrlos oder betäubt sein				
Übermäßige Schreckhaftigkeit oder plötzliches Erschrecken ohne Grund				
Verlust von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstsein, der unmittelbaren Empfindungen und Kontrolle von Körperbewegungen				
Körperliche Schmerzen				
Schwindel				

Ohnmachtsanfälle				
Herzklopfen oder Herzrasen				
Schwierigkeiten beim Atmen, Kurzatmigkeit				
Übelkeit und Verdauungsbeschwerden				
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen				
Das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wieviel und was Sie essen				
Angst an Gewicht zuzunehmen				
Selbst induziertes Erbrechen				
Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit				
Stimmungsschwankungen				
Riskantes oder Selbstverletzendes Verhalten				

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?  Ja  Nein

Wenn ja, wann fand der letzte Versuch statt \_\_\_\_\_

Welche Vermutungen über die Auslöser Ihrer Beschwerden haben Sie?

---



---



---

Haben folgende Belastungen es Ihnen erschwert Ihrer Arbeit nachzugehen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen?

	Ja	Nein
Sorgen über Ihre Gesundheit		
Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen		
Wenig oder kein sexuelles Verlangen beim Geschlechtsverkehr		
Schwierigkeiten in der Partnerschaft, Trennung, Scheidung		
Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen		
Stress bei der Arbeit oder in der Schule		
Finanzielle Probleme oder Sorgen		
Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann		
Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist		
Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber, z. B. Unfall, körperliche Gewalt, sexuelle Handlungen unter Zwang		

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie eine Geh- oder andere körperliche Behinderung? Benötigen Sie medizinische oder sonstige Hilfsmittel (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)? Ist Ihre Selbstständigkeit eingeschränkt oder sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen?

(Machen Sie bitte genaue Angaben)

---

---

---

---

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?  Ja  Nein

Wenn ja weswegen, in welchem Grad und seit wann?

---

---

Haben Sie einen Pflegegrad, falls ja welchen?  Ja, Grad: \_\_\_\_\_  Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja wieviel?  Ja  Nein

---

Hat Ihr Arzt Ihnen angeraten aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken von Alkohol aufzuhören?  Ja  Nein

Hatten Sie Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?

Ja  Nein

Nehmen Sie zeitweise oder regelmäßig Drogen?  Ja  Nein

Falls ja, was, wieviel und wie oft

---

---

Können Sie sich vorstellen, während des gesamten Aufenthaltes auf den Konsum von Alkohol und Drogen zu verzichten?  Ja  Nein

Haben Sie Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja welche?

**(Bitte beachten Sie, dass nur ärztlich attestierte Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei der Essensbereitung in unserem Haus berücksichtigt werden können.)**

---

---

---

Welche relevanten körperlichen Erkrankungen (z. B. Herz-, neurologische, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma/Diabetes,), gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen, haben Sie? Seit wann? Ausprägung bzw. Einschränkungen?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Präparat bzw. Name/Dosis/seit wann?)

---

---

---

Was möchten Sie konkret durch die Behandlung erreichen bzw. verändern?

---

---

---

Warum halten Sie eine vollstationäre Aufnahme aktuell für unumgänglich?

---

---

---

**Wichtig!**

**Da der Schwerpunkt des Klinikaufenthaltes die psychotherapeutische Behandlung ist, sollten notwendige anstehende körperliche Untersuchungen und Therapien vor Aufnahme erfolgt sein.**

**Datenschutzerklärung/ Datenfreigabe**

Wir weisen darauf hin, dass die Anmeldung für unsere Klinik durch unser zentrales Patientenmanagement bearbeitet wird. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden sowie getätigte Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können.

---

Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Anmeldung und das uns entgegengebrachte Vertrauen.