

## ANMELDEBOGEN

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer tagesklinischen Behandlung in unserer Tagesklinik.

Damit wir ein genaueres Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden erhalten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Beantworten Sie bitte die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft; es gibt keine falschen und richtigen Antworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte an die

**Psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik und Institutsambulanz Seesen**

**Karl-Herold-Str. 1, 38723 Seesen**

**E-Mail: [tk-seesen.goettingen@asklepios.com](mailto:tk-seesen.goettingen@asklepios.com)**

**Telefax: (05381) 7440-81**

### Angaben zu meiner Person

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

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon** privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter (Jahre):** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

### Meine Ärzt:innen und Behandler

**Hausarzt:in/Fachärztin:** \_\_\_\_\_

(Name/ Adresse) \_\_\_\_\_

**Psychiater:in/ Neurolog:in:** \_\_\_\_\_

(Name/ Adresse) \_\_\_\_\_

**Psychotherapeut:in:** \_\_\_\_\_

(Name/ Adresse) \_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell in **ambulanter** Psychotherapie?  ja  nein

Werden Sie aktuell in einer anderen **Institutsambulanz** behandelt?  ja  nein



**Vorerkrankungen und Behandlungen**

Waren Sie schon einmal in **stationärer** psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlung?

nein  ja (Bitte machen Sie dazu einige Angaben)

Jahr: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Haben Sie schwere körperliche Erkrankungen?  nein  ja Welche?:

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja Welche?:

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

**Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Problematik, aufgrund der Sie eine tagesklinische Behandlung in der Tagesklinik anstreben:**

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

**Welche Ziele möchten Sie durch eine tagesklinische Behandlung erreichen? Was soll sich ändern?**

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