

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung in unserer Klinik auf Ihre Bedürfnisse von Beginn an anzupassen, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name: Vorname:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

männlich weiblich divers

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Gewicht: kg

Größe: cm

1. Beschreiben Sie bitte Ihre Symptome/ Beschwerden, die Sie dazu veranlasst haben, sich an unsere Klinik zu wenden.

2. Teilen Sie uns Ihre Diagnose, falls bekannt, mit.

3. Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden?

4. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

Ja Nein

Wenn ja: wann fand der letzte Versuch statt?

5. Welchen Einfluss haben diese Beschwerden auf Ihr Leben (privat und beruflich)?

6. Welche Ziele möchten Sie durch die stationäre Behandlung erreichen? Was soll sich ändern?

7. Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, bitte machen Sie kurz Angaben dazu:

- Jahr
- Einrichtung

8. Waren/ Sind Sie bereits in ambulanter Psychotherapie?

9. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?

10. Trinken Sie Alkohol? Konsumieren Sie Drogen?

11. Haben Sie eine Geh- oder andere körperliche Behinderung?

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

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben. Wir freuen uns, Sie in unsere Klinik bald persönlich kennenzulernen.

Ihr Team der Asklepios Klinik NORD – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wandsbek

