

ANMELDEBOGEN**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

vielen Dank für Ihr Interesse an einer stationären Behandlung in unserem Fachklinikum.

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

Zentrale Aufnahme,

Asklepios Fachklinikum Göttingen, Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen

E-Mail: aufnahme.goettingen@asklepios.com

Telefax: (0551) 402 10 07

Angaben zu meiner Person

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

mobil: _____ **Email:** _____

Geburtsdatum: _____ **Alter (Jahre):** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Krankenkasse: _____

Meine Ärzte und Behandler

Hausarzt/ Facharzt: _____

(Name/ Adresse) _____

Psychiater/ Neurologe: _____

(Name/ Adresse) _____

Psychotherapeut: _____

(Name/ Adresse) _____

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

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

Meine aktuelle Lebenssituation

- Familienstand:** ledig verheiratet getrennt/geschieden/verwitwet
- Berufliche Situation:** berufstätig Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- Ausbildung arbeitslos gemeldet
- EU-/ BU-Rente Frührente/ Altersrente/ Pension
- unbekannt/ unklar
- Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? ja nein

Wohnsituation. Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Wohnsituation:

Behinderungen/Mobilität:

- Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Sauerstoff, CPAP-Maske, etc.)? ja nein
- Haben Sie eine Hörminderung? ja nein

Sonstiges:

Welche Unverträglichkeiten/Allergien haben Sie?

- Trinken Sie täglich Alkohol? ja nein

Drogen/Suizid:

- Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen? ja nein
- Haben Sie in den letzten 3 Monaten Drogen genommen? ja nein
- Haben Sie schon einmal Selbstmordgedanken gehabt? ja nein
- Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch gemacht? ja nein

Wenn ja, in welchem/n Jahr/en? _____

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 stationäre Behandlung in Göttingen anstreben:

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

