



Aufnahmefragebogen der Akut-Psychosomatik

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte versuchen Sie, uns die folgenden Fragen möglichst konkret zu beantworten. Wir können nach Vorlage des **vollständig ausgefüllten** Fragebogens (**Seite 1 – 4**) umgehend über eine Aufnahme in der Vogelsbergklinik entscheiden und uns dann schon vor der Therapie auf Ihre Bedürfnisse einstellen und mögliche Schwerpunkte für die Therapie vorsehen.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Einweisender Arzt/Ärztin mit Tel.-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Private Zusatzversicherung: nein ja bei: _____

1. Bringen Sie Kinder als Begleitpersonen mit? nein ja

Wenn ja: Name und Alter des Kindes _____

2. Biographische Angaben

Wo sind Sie geboren? _____
in Deutschland seit _____

Wo sind Ihre Eltern geboren? _____
in Deutschland seit _____

Muttersprache: _____

Falls nicht DEUTSCH:

Ist Psychotherapie in deutscher Sprache möglich?

ja nein

Wenn nein: In welcher Sprache / welchen Sprachen ist Psychotherapie möglich?

Wenn die Einzeltherapie in der Muttersprache durchgeführt wird, ist die Teilnahme an der Gruppentherapie in deutscher Sprache dann möglich?

ja nein

Ist eine Verständigung im Alltag in deutscher Sprache möglich?

ja nein

Bitte beachten Sie, dass wir muttersprachliche (türkischsprachige) Gesprächstherapie nur im Einzel- und Gruppensetting anbieten können. In anderen Therapien und zur Verständigung im Haus mit allen anderen Mitarbeiter/Innen ist es notwendig, dass Sie auch etwas Deutsch sprechen und verstehen.

3. Liegt bereits eine Kostenzusage Ihrer Krankenkasse/ Ihres Kostenträgers vor?

(nur bei PKV, Heilfürsorge, Beihilfe, BG - nicht erforderlich bei gesetzlich Versicherten)

ja nein

Wenn nein: Haben Sie bereits Schritte zur Kostenübernahme unternommen?

4. a) Diagnosen

gestellt durch

b) Sind Sie aktuell krankgeschrieben?

nein ja Seit wann? _____

5. Waren oder sind Sie in Behandlung?

a) ambulant *)

Zeitraum

Wo?

psychotherapeutisch nein ja

psychiatrisch / neurologisch nein ja

b) stationär *)

Zeitraum

Wo?

psychosomatisch / psychother. nein ja

psychiatrisch nein ja

*) Bitte bringen Sie Briefe und Befunde der Vorbehandler mit, sofern diese Ihnen vorliegen.

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Falls ja, wann? _____

6. Liegen weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen vor?

nein ja (Wenn ja, welche?)

7. a) Besteht aktuell ein laufendes Rentenverfahren?

(Antrag gestellt, Widerspruch, Sozialgericht...) nein ja _____

b) Sind Sie aktuell berentet? nein ja Seit wann? _____ befristet bis? _____

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan?

Name des Medikaments	Dosis	Seit wann?

9. a) Haben Sie aktuell (letzte Tage und Wochen) Suizidgedanken?

Haben Sie schon Suizidversuche unternommen?

Wenn ja, wann und auf welche Art? _____

b) Sind Sie in der Lage, mindestens für die Dauer der Behandlung, mit uns verlässlich die Absprache zu treffen, sich nichts anzutun? nein ja

c) Kommt es aktuell oder kam es in letzter Zeit zu Selbstverletzungen? Wenn ja, wie oft und in welcher Art? Mussten diese schon medizinisch (chirurgisch) versorgt werden?

10. Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten, über einen längeren Zeitraum ohne Alkohol- bzw. Drogenkonsum zu leben? Besteht aktuell eine Abhängigkeitserkrankung?

nein ja Auf was? _____

11. Schildern Sie bitte Ihre hauptsächlichen aktuellen Beschwerden:

12. Welche konkreten Behandlungsziele haben Sie?

Der Behandlungserfolg hängt ganz wesentlich von Ihrer Mitarbeit ab. Um den therapeutischen Prozess für Sie möglichst erfolgreich zu gestalten, ist es unerlässlich, dass Sie während der gesamten Behandlungsdauer auf Alkohol und Drogen verzichten. Bei Nichteinhaltung behalten wir uns vor, die Behandlung zu beenden. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden und die Richtigkeit Ihrer obigen Angaben.

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie auch Folgendes:

- Eine **psychotherapeutische Behandlung** benötigt auch etwas Zeit. Auch wenn Behandlungen aus verschiedenen Gründen mal kürzer dauern können, sollten Sie in der Regel um die **6 Wochen einplanen**. Eine individuelle Anpassung erfolgt im Verlauf.
- Behandlungen einer Traumafolgestörung umfassen zunächst stabilisierende Techniken. **Traumabearbeitende Behandlungen (z.B. durch EMDR) werden im Verlauf entschieden und geplant** (meist erst im Rahmen einer Intervallbehandlung). Vorherige Zusagen für eine EMDR-Behandlung im Rahmen einer Erstbehandlung bei uns können wir leider nicht geben. Wir lernen uns zunächst gegenseitig kennen!
- Für den **Kliniksalltag** und die **Verständigung** mit Pflegepersonal, Servicepersonal und Therapeut:innen und Ärzt:innen ist es notwendig, etwas **Deutsch sprechen und verstehen** zu können. Es können nur die **Gesprächstherapien auf türkischer Sprache** angeboten werden.
- Es stehen Ihnen bei uns Einzelzimmern zur Verfügung. Besondere Anforderungen, wie z.B. **Allergiker:innen-Zimmer**, müssen **im Vorfeld angemeldet** werden.
- Besondere Anforderungen bei der Ernährung, wie bei **Unverträglichkeiten (Gluten, Lactose, Histamin...)**, müssen ebenfalls **im Vorfeld angemeldet und attestiert** werden. Vegetarische und vegane Ernährung steht zur Verfügung und muss nicht angemeldet werden.

Bei Fragen oder anderen wichtigen Themen sprechen Sie uns bitte an.

.....

Bitte senden Sie den **komplett ausgefüllten Fragebogen**,
die **Verordnung auf Krankenhausbehandlung** (Einweisung),

ggf. **Kopien von Vorbefunden**

an

Vogelsbergklinik
Haus II - Akut-Psychosomatik
Jean -Berlit-Str. 31, 36355 Grebenhain
info@vogelsbergklinik.de
Fax 06643-701-476