

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit internistischem Schwerpunkt
Potsdamer Chaussee 69
14129 Berlin
Tel. (030) 8109 – 2601

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Klinik. Damit wir ein genaueres Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden erhalten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Auf der Grundlage Ihrer Angaben möchten wir einen möglichst umfassenden Eindruck von Ihnen gewinnen, um so für Sie eine Therapie, die Ihren Beschwerden entspricht, planen zu können. Beantworten Sie bitte deshalb 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. Bitte senden sie den ausgefüllten Fragebogen

postalisch an:
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Abteilung für Psychosomatische Medizin
Potsdamer Chaussee 69
14129 Berlin

oder **per Mail** an:
psychosomatik@tww-berlin.de

oder **per Fax** an:
(030) 8109 - 2602

Name, Vorname:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Ich bin damit einverstanden, dass Sie zur Klärung meiner Aufnahme mit mir per E-Mail oder Telefon Kontakt aufnehmen (Einwilligung gemäß §6 Nr.2 DSG-EKD): <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Krankenkasse:	
Ich bin Privatpatient <input type="checkbox"/> oder will für Wahlleistungen selbst zahlen <input type="checkbox"/> und folgende Leistungen in Anspruch nehmen: Ein-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Zwei-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Privatärztliche Behandlung (Chefärztin) <input type="checkbox"/>	
Eine Aufnahme ist für mich möglich <input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> erst ab dem _____ (Grund: _____)	

Sozialdaten			
Geburtsdatum:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> divers / <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich
Größe:		Gewicht:	
Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> kein fester Partner <input type="checkbox"/> fester Partner/getrennt lebend <input type="checkbox"/> fester Partner/zusammenlebend		
Kinder:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: wie viele? ____		
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> eigener Haushalt (ggf. mit Partner /Familie) <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> sonstiges		
Welchen (höchsten) Schulabschluss haben Sie?			
<input type="checkbox"/> noch in der Schule <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschule/Mittlere Reife			
<input type="checkbox"/> Abitur/Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> abgeschlossene Ausbildung <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss			
Berufliche Situation:	<input type="checkbox"/> berufstätig, aktuell als _____		
	<input type="checkbox"/> in Ausbildung/Studium zum _____		
	<input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss	<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	
	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> Frührente / Altersrente/ Pension	
	<input type="checkbox"/> EU-/ BU-Rente	<input type="checkbox"/> sonstiges	
Sind Sie derzeit arbeitsunfähig		<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?		_____ Wochen	
Besteht eine körperliche Behinderung?		<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Grad der Behinderung (GdB): _____	
Streben Sie eine Berentung an oder besteht es ein laufendes Rentenverfahren?		<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	

Krankheitserleben

1. Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen psychischen Beschwerden oder Probleme, aufgrund derer Sie eine Behandlung in unserer Klinik wünschen:

2. Wie wirken sich Ihre Beschwerden im zwischenmenschlichen Bereich aus?

3. Ich vermute die Ursachen und Hintergründe meiner Probleme in folgenden Themen (Stichworte):

4. Seit wann bestehen die Beschwerden bzw. seit wann hat sich Ihr Leidensdruck merklich erhöht?

5. Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie durch die beantragte Behandlung erreichen möchten:

1.

2.

3.

6. Möchten Sie uns von sich aus noch etwas mitteilen?

7. Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Therapie berücksichtigt werden?
Bitte kreuzen Sie jeweils nach Wichtigkeit für Sie die einzelnen Punkte an.

	Unwichtig	Weniger Wichtig	Wichtig	Vordringlich
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste / Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Beschwerden ohne erklärenden Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschafts- / Beziehungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundes / Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Anspannung / Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit überschießender Wut/ Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit traumatischen Erinnerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um Sie dem passenden Behandlungssetting zuordnen zu können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

8. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es neben dem zuvor genannten weitere psychische Beschwerden, durch die sie sich stark beeinträchtigt fühlen?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich: _____				

9. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es neben dem zuvor genannten weitere körperliche Beschwerden, durch die sie sich stark beeinträchtigt fühlen?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich: _____			

Gesundheitsverfassung und -verhalten
10. Benötigen Sie pflegerische Hilfe (beim Waschen, Ankleiden, Essen oder Trinken?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____
11. Schnarchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn ja: benutzen Sie ein cPAP-Gerät? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja)
12. Haben Sie Unverträglichkeiten / Allergien, die bei der Klinikernährung Berücksichtigung erfordern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____
13. Bestehen Erbrechen, Heißhungerattacken oder gezielte Maßnahmen zur Gewichtsregulation? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____
14. Haben Sie in den letzten drei Monaten an Gewicht verloren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____ kg
15. Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Seit wann? _____ Wie viel Zigaretten / Tag? _____ Seit wann nicht mehr? _____

16. Trinken Sie Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

nein ja, selten (< 4 x / Monat) ja, mehrfach pro Woche ja, täglich

17. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Drogen / Rauschmittel (inkl. Cannabis, Schlaf- und Beruhigungsmittel) eingenommen?

nein ja, selten (< 4 x / Monat) ja mehrfach pro Woche Wenn ja, welche? _____

18. Sind Sie damit einverstanden, während Ihres Klinikaufenthaltes **vollständig** auf Alkohol und andere Drogen zu verzichten?

ja Ich bin mir nicht sicher nein

19. Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt oder sich selbst absichtlich Schmerzen zugefügt?

nein ja, aktuell ja, im Alter von _____ bis _____ Jahren

20. Haben Sie jemals körperliche Gewalt erlebt?

nein ja (Fühlen Sie sich hierdurch heute noch in Ihrem Alltag beeinträchtigt? nein ja)

21. Gab es sexuelle Übergriffe in Ihrer Biografie?

nein ja (Fühlen Sie sich hierdurch heute noch in Ihrem Alltag beeinträchtigt? nein ja)

Therapeuten und Behandlungen

**Hausarzt*innen/
Facharzt*innen:**
(Name/Adresse)

Einweiser*in

**Psychiater*innen/
Neurolog*innen:**
(Name/Adresse)

Einweiser*in

Sind Sie aktuell in ambulanter Psychotherapie? nein ja, seit _____ (Monat/Jahr) bisherige Stunden ca. _____

Art der Therapie?

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie

Systemische Therapie andere

Psychotherapeut*innen:
(Name/Adresse)

Einweiser*in

Schweigepflichtentbindung:

Hiermit entbinde ich o.g. Ärzt*innen/Therapeut*innen sowie die Ärzt*innen/Therapeut*innen der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Kliniken im Theodor Wenzel Werk von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich Absprachen zu meiner Behandlung.

Datum _____ Unterschrift _____

Waren Sie früher schon einmal in ambulanter Psychotherapie? nein ja:

Art der Therapie	von - bis	Aufgrund (Diagnose)	Stundenzahl

Haben Sie Vorerfahrungen mit Gruppentherapien? nein ja

Ist es für sie vorstellbar in einer Gruppentherapie über emotional bedeutsame Themen zu sprechen? nein ja

Waren Sie schon einmal in (teil)stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlung? nein ja, zuletzt in:

Klinik: _____	Jahr: _____	ca. _____ Wochen
Klinik: _____	Jahr: _____	ca. _____ Wochen
Klinik: _____	Jahr: _____	ca. _____ Wochen

Bitte legen Sie relevante Behandlungsberichte bei oder veranlassen Sie bitte die Übersendung dieser Berichte an uns, vielen Dank!

Wurden bei Ihnen früher bereits psychiatrische oder psychosomatische Diagnosen gestellt?

nein ja, nämlich: _____

Litten Sie einmal an einer Psychose oder einer manisch-depressiven Störung? nein ja

Haben Sie zurzeit eine akute oder chronische körperliche Erkrankung? nein ja, nämlich:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihres aktuell gültigen Medikationsplans zu
oder
ergänzen sie in der nachfolgenden Tabelle welche Medikamente sie aktuell regelmäßig einnehmen:

Medikament	Dosierung	Einnahmeschema (wann nehmen sie das Med. ein?)

Bei Bedarf: _____

Covid-19-Impfstatus:

1. Impfung am _____ / Impfstoff _____

2. Impfung am _____ / Impfstoff _____

3. Impfung am _____ / Impfstoff _____

Genesenenstatus seit dem _____

Vielen Dank!

Nach Auswertung Ihrer Angaben setzen wir uns unverzüglich mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen und mögliche Fragen zu klären.

Hinweis zum Datenschutz:

Wir verarbeiten Ihre hier erhobenen Daten grundsätzlich nur, soweit dies zur Entscheidung über Ihre stationäre Aufnahme erforderlich ist. Die Angaben aus diesem Fragebogen werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt, spätestens nach 6 Monaten. Wenn wir Sie (teil-)stationär aufnehmen, wird dieser Fragebogen Teil Ihrer Behandlungsakte und unterliegt den hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.