

## SELBSTBERICHT

Herr                       Frau

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ + Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Privat krankenversichert:  
Name Versicherung: \_\_\_\_\_

Privat zusatzversichert:  
Name Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
Name Kassenversicherung: \_\_\_\_\_

Selbstzahler  
Name Kassenversicherung: \_\_\_\_\_

Wahlleistung Arzt     ja     nein

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Notwendigkeit einer teilstationären Behandlung. Um herauszufinden, ob wir Ihnen in der Privaten Tagesklinik am Hochsträß ein geeignetes Behandlungsangebot machen können bzw. welche unserer Abteilungen hierfür in Frage kommt, führen wir in aller Regel ein Vorgespräch mit Ihnen. Fragen zum teilstationären Aufenthalt beantwortet Ihnen auch gerne das Aufnahmesekretariat (Tel. 0731-500-61981). Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz

**Welche Beschwerden und Probleme führen Sie zu uns?**

Bitte nennen Sie in Stichworten Ihre Hauptleiden und fügen Sie an, seit wann bzw. seit wie vielen Jahren diese bestehen. (Für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme steht Ihnen das letzte Blatt dieses Fragebogens zur Verfügung)

Beschwerden:

seit (Jahr):

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- ledig
- verheiratet seit
- verwitwet seit
- geschieden seit
- getrennt lebend seit
- wieder verheiratet seit

In welcher Partnersituation leben Sie?

- kurzfristig kein Partner
- langfristig/dauerhaft kein Partner
- wechselnder Partner
- fester Partner (Ehepartner) Alter des Partners:
- fester Partner (nicht Ehepartner) Alter des Partners:

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- noch in der Schule
- ohne Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife / polytechn. Oberschule
- Abitur / Fachhochschulreife
- sonstiger Abschluss:

**Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?**

- berufstätig, vollzeit
- berufstätig, teilzeit
- berufstätig, gelegentlich
- mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig
- Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- Ausbildung
- Wehr- / Zivildienst / Freiw. Soz. Jahr
- geschützt beschäftigt
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente
- auf Dauer
- auf Zeit
- Frührente / Altersrente / Pension  Witwen- / Witwer-Rente
- anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- unbekannt / unklar

**Derzeit ausgeübter Beruf:** \_\_\_\_\_

**Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?**  ja  nein

**Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?**  ja  nein

**Haben Sie einen Pflegegrad?**  ja  nein

**Haben Sie Kinder?**

nein  ja

Wenn ja, geben Sie bitte den Vornamen, das Geschlecht und das Geburtsdatum Ihrer Kinder an.

Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
---------	------------	--------------

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

**Freizeit Welche Interessen, z.B. Hobbies, Verein usw. haben Sie**

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder nervenfachärztlicher Behandlung?**

wann?	Behandlungsart?	wo? bei wem?
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____

Sollten Sie bereits einmal Patient in der Uniklinik Ulm gewesen sein, bitten wir Sie, hier mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu erklären, dass zur näheren Abklärung der Indikation einer erneuten Behandlung auch Berichte zu früheren hiesigen Behandlungen herangezogen werden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bei welchen Ärzten/ Therapeuten sind Sie zurzeit in Behandlung?**

Bitte veranlassen Sie, dass Ihr Behandler uns eine kurze Einschätzung Ihrer Erkrankung zukommen lässt. Wenn Sie bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sind, dann benötigen wir von Ihrem Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin ebenfalls eine kurze schriftliche Einschätzung, warum ein teilstationärer Aufenthalt erforderlich ist. Bitte veranlassen Sie im Falle früher stattgefundener (teil-)stationärer Behandlungen eine Übersendung entsprechender Entlassberichte an uns (Bitte nur Kopien!).

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

**Welche wichtigen Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Kuraufenthalte hatten Sie?**

Jahr	Art der Erkrankung	Aufenthaltsort
-	_____	_____
-	_____	_____

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente?**

nein                       ja

Wenn ja, welche?

Name	Dosierung: morgens    mittags    abends			täglich	gelegentlich	seit
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Hier haben Sie Platz für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**