



Psychiatrische Tagesklinik für Erwachsene Flensburg der DIAKO Nordfriesland

Marienhölungsweg 21, 24939 Flensburg, Tel.: 0461 / 5700323

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie interessieren sich für eine Aufnahme in der Tagesklinik. Wir interessieren uns daher auch für Sie und bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt, kein Außenstehender erhält ohne Ihre Einwilligung Zugang zu Ihren Daten. Es gilt die ärztliche Schweigepflicht.

Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir einen Überblick über Ihre persönliche Situation sowie die von Ihnen erlebten Beschwerden bekommen. Beantworten Sie deswegen bitte die folgenden Fragen so vollständig und genau wie möglich.

Mit Rückgabe dieses Fragebogens erhalten Sie einen **verbindlichen** Aufnahmetermin. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine **Krankenhauseinweisung** Ihres behandelnden Arztes. Eine Woche vor dem vereinbarten Aufnahmetermin möchten wir Sie per Mail an diesen Termin erinnern. Bitte tragen Sie hierfür in der nächsten Zeile ihre E-mail-Adresse ein:

E-mail-Adresse:

Sollten Sie den Aufnahmetermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns dies **rechtzeitig** mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Diesen Abschnitt bitte nicht ausfüllen!

Name:

Aufnahmedatum:

Bezugstherapeut:

Gruppe:

Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Wohnort:

Telefon:

- (1) Wer hat Ihnen eine Behandlung in der Tagesklinik empfohlen?
- (2) Waren Sie schon Patient/in der Tagesklinik? Wann?.....
Wer war hier Ihr Bezugstherapeut?.....
- (3) Was hat Sie bewogen, Hilfe zu suchen? Gibt es einen aktuellen Anlass?
.....

- (4) Durch welche Beschwerden fühlen Sie sich **zurzeit beeinträchtigt**?
- Depressive Stimmung Antriebsminderung Freud-/Interesseminderung
 - Schlafstörungen Konzentrationsstörungen Selbstzweifel
 - Grübelgedanken Hoffnungslosigkeit Suizidgedanken
 - Wahnvorstellungen Halluzinationen (z. B. Stimmenhören)

Häufig vorkommende Angst:

- vor negativer Bewertung durch andere Menschen (Angst vor anderen zu sprechen, zu essen, zu schreiben etc.)
- in Menschenmengen (Geschäfte, öffentliche Verkehrsmittel etc.)
- davor, alleine aus dem Haus zu gehen
- davor, an einer schlimmen Krankheit zu leiden (ohne ärztlichen Nachweis)
- davor, einem selbst oder nahestehenden Personen könnte etwas Schlimmes zustoßen
- Panikattacken (mit körperlichen Symptomen wie bspw. Atemnot, Herzrasen, Engegefühl in der Brust, Schwindel, verschwommene Sicht)

Sonstige Beschwerden:

- (5) Was ist Ihnen aufgrund der o.g. Beschwerden im Alltag nicht möglich? Welche Beeinträchtigungen bestehen im Alltag?
.....
.....

- (6) Wie viele Stunden verbringen Sie täglich mit PC- oder Handy-Spielen, in sozialen Netzwerken, im Internet o.ä.? Stunden

- (7) Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen? Nein Ja: Wann zuletzt.....

Nehmen Sie zurzeit Drogen? Nein Ja: Wenn ja, welche?.....

- 1. selten mehrmals im Monat mehrmals in der Woche täglich
- 2. selten mehrmals im Monat mehrmals in der Woche täglich
- 3. selten mehrmals im Monat mehrmals in der Woche täglich

(8) Wie oft trinken Sie momentan Alkohol?

nie ca....-mal im Monat ca.-mal in der Woche täglich

Was trinken Sie in welchen Mengen?

Gab es in der Vergangenheit Zeiten mit problematischem Alkoholkonsum?

Nein Ja: Wann?

(9) Wie häufig greifen Sie zurück auf Schmerzmittel, Schlafmittel,
Beruhigungsmittel?

nie selten mehrmals im Monat mehrmals in der Woche täglich

(10) Haben Sie in der Vergangenheit eine Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung von Alkohol, Drogen, Medikamenten oder wegen Mediensucht gemacht?

Nein Ja: Wann/Wo?

(11) Welche Medikamente (z. B. Psychopharmaka) nehmen Sie zurzeit?

(12) Soziales Umfeld:

Berufliche Situation/Lebensunterhalt:

Familiäre Situation (z.B. Partnerschaft? Kinder?).....

Wohnsituation:

Haben Sie einen Freundeskreis?

(13) Wie werden Ihre Kinder während Ihrer Behandlung versorgt?

(14) Wie reisen Sie in der Tagesklinik an?

(15) Haben Sie für Ihr Problem in der Vergangenheit professionelle Hilfe gesucht oder sind Sie aktuell in Behandlung/Betreuung? z.B. Psychiatrische/Psychosomatische Kliniken, Psychiater, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, ambulante/gesetzliche Betreuung Nein Ja

	Einrichtung/BehandlerInnen	Zeitraum von – bis	Was wurde dort gemacht?
1.			
2.			
3.			
4.			

(16) Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen Sie mit der Behandlung? Nennen Sie bitte möglichst konkrete Veränderungsziele (z.B. mehr Lebensfreude, mehr soziale Kontakte)!

1.....

2.....

3.....