



-Anamnesefragebogen für Erwachsene ab 18 Jahren-

Psychotherapeutisches Zentrum
Kitzberg-Klinik
Ärztliche Leitung
c/o Belegungssekretariat
Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Anamnesebogen gibt Ihnen Gelegenheit, uns schon vor Ihrer stationären Aufnahme über Ihre Situation und Ihre gesundheitliche Verfassung zu informieren. Er enthält im ersten Teil Fragen aus der bundesweit üblichen Basisdokumentation psychosomatischer Kliniken (PSY-BaDo). Darüber hinaus wird eine Reihe von Punkten angesprochen, die wir aus unserer Erfahrung mit Patienten in stationärer Psychotherapie für wichtig erachten. Sie helfen uns mit Ihren Informationen, Ihre Behandlung vorzubereiten und durchzuführen.

Füllen Sie diesen Anamnesebogen bitte so sorgfältig wie möglich selbst aus.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Senden Sie den Anamnesebogen daher bitte unmittelbar an unsere oben genannte Adresse zurück.

Eine präzise Einschätzung Ihrer Problematik wird uns durch Arzt-/Krankenhausberichte sehr erleichtert und hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Wir bitten Sie deshalb um die Schweigepflichtsentbindung auf der letzten Seite. Vorliegende Berichte legen Sie uns bitte in Kopie bei.

Die beigefügte Vollmacht erleichtert die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Persönliche Angaben:

Name: Geb.Dat:
Vorname: Alter:
Ich bin: weiblich männlich Geb.Ort:
Straße: Telefon:
Wohnort (+PLZ): Email:

Versicherungssituation

(bitte alle Versicherungen, die Sie haben, sorgfältig ausfüllen **auch Rentenversicherung**, weil das Aufnahmebüro diese Daten benötigt)

Rentenversicherungsträger

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Gesetzliche Versicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Private Vollversicherung (100 %):

Privat-Versicherung im Basistarif bei:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Beihilfe:

Pers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Ich bezahle folgende Zusatzleistungen selbst:

Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Die stationäre Psychotherapie in unserer Klinik wurde vorgeschlagen durch

- Allgemeinarzt / prakt.Arzt
- Psychotherapeut
- Kostenträger, Leistungsträger
- Psychiater / Nervenarzt
- sonstiger Facharzt
- Beratungsstelle
- eine Klinik
- ich habe die Klinik selbst ausgesucht

Name, Ort des Empfehlenden:

wichtige Informationsquellen bei meiner Entscheidung für die stationäre Psychotherapie:

- Website der Klinik
- ehemalige Patienten
- sonstiges:

Hausärztliche Behandlung durch:

Name:
Straße/ Ort (+PLZ):.....
Tel.:
E-Mail:
Fax:

Fachärztliche Behandlung durch:

Name:
Fachgebiet
Straße/ Ort (+PLZ):.....
Tel.:
E-Mail:
Fax:

Psychotherapeutische Behandlung durch:

Name:
Fachgebiet:
Straße/ Ort (+PLZ):.....
Tel.:
E-Mail:
Fax:

2. Allgemeine psychosoziale Situation

Ihre Staatsangehörigkeit:

- Deutsch
- andere Nationalität

Wie ist Ihr aktueller Familienstand (Mehrfachankreuzungen sind möglich):

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

Gesamtzahl eigener und adoptierter Kinder ?

In wessen Haushalt leben Sie ?

- im Haushalt der Eltern
- im Haushalt eines Elternteils
- mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam
- eigener Haushalt (mit Partner, eigener Familie etc.)
- Wohngemeinschaft
- bei Pflege- oder Adoptiveltern
- sonstiger Haushalt

Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie ?
(bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> noch in der Schule | <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluß | <input type="checkbox"/> Hauptschul-/ Volksschulabschluß |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluß / mittlere Reife / polytechnische Oberschule | |
| <input type="checkbox"/> Fachabitur / Abitur | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Falls Sie momentan eine Schule besuchen:

Name der Schule:

genaue Adresse:

E-Mail-Adresse:

Tel.: Fax:

welche Schulart:

welche Klasse:

Betreuer oder Klassenlehrer/ -in:

Welchen höchsten Berufsabschluß haben Sie ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> noch in der Berufsausbildung/ Schule | <input type="checkbox"/> Fachhochschule / Universität |
| <input type="checkbox"/> Lehre / Fachschule | <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluß |
| <input type="checkbox"/> Meister/-in | <input type="checkbox"/> sonstiges |

In welchem Bereich sind oder waren Sie tätig?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> un-/angelernter Arbeiter/-in | <input type="checkbox"/> Facharbeiter/-in, nicht selbst.Handwerker/-in |
| <input type="checkbox"/> Angestellte(r)/Beamter/-in | <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar |
| <input type="checkbox"/> selbst.Handwerker/-in, Landwirt/-in, Gewerbetreibende(r) | |
| <input type="checkbox"/> selbst.Akademiker/-in, Freiberufler/-in | <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> nie erwerbstätig | |

Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung?

Gesamtdauer von Arbeitslosigkeit in den letzten 3 Jahren?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Monate |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel (Anzahl in den letzten 3 Jahren) | |

Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> berufstätig, Vollzeit | <input type="checkbox"/> berufstätig, Teilzeit |
| <input type="checkbox"/> berufstätig, gelegentlich | <input type="checkbox"/> mithelfender Familienangeh., nicht berufstätig |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienst/ freiw.soz.Jahr | <input type="checkbox"/> geschützt beschäftigt |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet | |
| <input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente: | <input type="checkbox"/> Rente auf Dauer <input type="checkbox"/> Rente auf Zeit, befristet bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Frührente / Altersrente / Pension | <input type="checkbox"/> Witwen- / Witwer-Rente |
| <input type="checkbox"/> anderweitig ohne berufliche Beschäftigung | <input type="checkbox"/> unbekannt / unklar |
| <input type="checkbox"/> selbständig/ freiberuflich | |

Welche zukünftigen Berufspläne haben Sie ?

Unter welchen dieser Beschwerden leiden Sie derzeit am meisten und wie lange schon?

Haben Sie Probleme mit Suchtmitteln im stofflichen Bereich wie z.B. Alkohol, Drogen, Medikamenten, Nikotin oder Essen ? Bitte führen Sie Art und Menge des Konsums auf.

Eine Aufnahme bei uns ist nur vollständig drogenfrei möglich. Haben Sie in den letzten 6 Wochen irgendwelche Drogen genommen?

Können Sie sich eindeutig darauf festlegen, bis zur Aufnahme und während der Therapie keinerlei Drogen zu nehmen?

Haben Sie strafbare Delikte begangen, gab oder gibt es Strafverfahren gegen Sie?

Sehen Sie Schwierigkeiten mit süchtigen Verhaltensweisen im nichtstofflichen Bereich wie z.B. Computer, Fernsehen, Telefonieren, Sexualität, Co-Abhängigkeit ? Falls ja, beschreiben Sie dies bitte.

Haben Sie Selbstmordversuche gemacht ?
Falls ja, können Sie sagen welche Auslöser zugrundelagen ?

Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu ? Wenn ja, wie, wie oft und wann zuletzt?

Stationäre Psychotherapie ist ein gewaltfreier Raum, auch im Umgang mit dem eigenen Körper. Die Fähigkeit, selbstverletzendes Verhalten zu kontrollieren und zu unterlassen ist deshalb erforderlich. Können Sie dafür Verantwortung übernehmen, bis zur stationären Aufnahme kein selbstverletzendes Verhalten zu praktizieren und uns von jedem Rückfall, also jedem erneuten selbstverletzenden Verhalten zu informieren?

Leiden Sie an Essstörungen? Wenn ja, in welcher Weise?

Sind Sie wegen der aufgeführten Beschwerden bereits behandelt worden (Name des Arztes oder der Klinik, Ort, Behandlungszeitraum)?

ambulant

stationär

Hat sich bezogen auf die Beschwerden durch die Behandlung(en) eine Veränderung ergeben?

Welche positiven Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, emotionale Belastungen zu meistern?

Womit schaden Sie sich, so dass es gut sein wird, diese Dinge zu beenden?

5. Erwartungen an die Behandlung

Unsere Klinik führt ausschließlich stationäre Psychotherapie durch, keine Kuren, Sanatoriumsaufenthalte oder Ähnliches. Die Behandlungsdauer bei stationärer Psychotherapie liegt erfahrungsgemäß zwischen 6 und 12 Wochen.

Bitte überprüfen Sie deshalb anhand der folgenden Fragen noch einmal Ihre Erwartungen und Ziele.

Welche Ziele verfolgen Sie mit einem Wunsch nach einer Behandlung in unserer Klinik ?

In welchem Problembereich scheint es Ihnen vorrangig wichtig, Verbesserungen zu erreichen (psychische Verfassung, körperliche Verfassung, persönliche Beziehungen, Beruf)?

Was wird nach Ihrer Einschätzung für Sie hilfreich sein?

Was könnte Ihnen in einer stationären Psychotherapie schwerfallen?

Gibt es irgendetwas, was Ihnen noch wichtig erscheint aber bisher noch nicht erwähnt wurde?

Zusatzbericht zum Anamnesefragebogen für Erwachsene

Wir möchten Ihnen hier Gelegenheit geben, über den Anamnesefragebogen hinaus Ihre Lebensgeschichte, positive und negative Erfahrungen, die Entstehung Ihrer Probleme, Ihre jetzige Lebenssituation und Ihre weiteren Pläne aufzuschreiben.

Dieser Anamnesebogen ist ausschließlich für uns bestimmt und wird an niemanden weitergegeben. Es kann allerdings die stationäre Aufnahme wesentlich beschleunigen, wenn wir dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie zur Verfügung stellen. Wir raten Ihnen deshalb, hierzu Ihre Zustimmung zu erteilen:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie dieses Anamnesebogens zur Verfügung gestellt wird:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich über meine Email-Adresse vom Psychotherapeutischen Zentrum, Kitzberg-Klinik kontaktiert werde:

Ja Nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie aufgrund einer Allergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit eine besondere Kost benötigen, reichen Sie bitte mit Ihren Aufnahmeunterlagen auch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung ein.

Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologen, Allergologen oder Kinderarzt anhand folgender Tests gestellt werden:

Unverträglichkeit /Allergien	Diagnose / Test
Milchzuckerunverträglichkeit Laktoseintoleranz	H ₂ -Atemtest
Fruktosemalabsorption	H ₂ -Atemtest
Sorbitunverträglichkeit	H ₂ -Atemtest
Zöliakie	IgA-Antikörper gegen Gewebstransglutamina oder Endomysium-EmA() und Gesamt IgA
Nahrungsmittelunverträglichkeit	Allergienachweis vom Allergologen IgE-Bestimmungen im Bluttest und / oder Hauttestungen (Prick-Test)

Der Nachweis von IgG-oder IgG4-Antikörper gegen Nahrungsmittel zur Abklärung und Diagnostik von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien ist nicht anerkannt.

Folgende Kostformen werden in unserer Klinik angeboten:

- Vollkost
- Vegetarische Kost
- Vegane Kost
- Laktosefreie Kost
- Glutenfreie Kost

Mit freundlichen Grüßen

Ärztliches Team



F.ÄD.PTZ.012.01

Vollmacht

Name : _____
Vorname : _____
geb. : _____
wohnhaft : _____

Hiermit beauftrage ich das Psychotherapeutische Zentrum in Bad Mergentheim, die Kostenübernahme für meine stationäre Behandlung bei der Krankenkasse zu beantragen. Kosten entstehen für mich dadurch nicht. Die Klinik wird mich über notwendige Schritte informieren, auch im Fall, dass eine Kostenübernahme nicht möglich sein sollte. Die Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Sollte meine Krankenversicherung ihren Medizinischen Dienst oder Gutachter beauftragen, so bevollmächtige ich die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik, deren Stellungnahmen einzuholen und direkt mit den Gutachtern die stationäre Aufnahme abzustimmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter bei
Minderjährigen



F.ÄD.PTZ.011.00

Schweigepflichtsentbindung

Ich _____ geboren am _____

in _____, wohnhaft in _____

bin damit einverstanden, dass die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrums Kitzberg-Klinik GmbH & Co. KG, Erlenbachweg 22 / 24 in 97980 Bad Mergentheim im Zusammenhang mit meiner stationären Behandlung im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim bei den von mir im Anamnesefragebogen angegebenen Behandlern Befunde anfordern.

(Datum) (Unterschrift)

(Datum) (Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)



Checkliste für das Aufnahmeverfahren

Liebe Patientin,

lieber Patient,

zusätzlich zu Ihrem Anamnesefragebogen benötigen wir folgende Unterlagen:

- **Vollmacht**
- **Entbindung von der Schweigepflicht**
- **Notwendigkeitsbescheinigung**
 - vom Hausarzt/ -in oder
 - vom Psychiater/in Facharzt / Fachärztin Psychotherapeutische Medizin oder
 - vom Psychotherapeuten/ -in
- **Krankenhaus- Entlassungsberichte**

Mit freundlichen Grüßen

Belegungssekretariat

Tel.: 07931-5316-1301 oder -1336

belegung@ptz.de