



Klinik Windach

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Information:

In unserer Klinik werden seelische und körperliche Erkrankungen psychotherapeutisch behandelt. Wir können Ihnen helfen, Lösungsmöglichkeiten zur Überwindung dieser Erkrankungen zu finden. Dabei ist jedoch Ihre aktive Mitarbeit erforderlich. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen **möglichst genau** und ausführlich.

Name: Vorname: Geburtstag:

Größe: Gewicht: Alter:

1. 1. Auf Grund welcher Schwierigkeiten streben Sie eine Behandlung in unserer Klinik an?

1.2. Welche Auswirkungen haben diese Schwierigkeiten auf folgende Bereiche:

a) Partnerschaft:

b) Arbeitsplatz:

c) Freizeitgestaltung:

2. Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für Ihre Behandlung?

3. Aktuelle körperliche Erkrankungen:



4. Wann und wo waren Sie wegen der o. g. Schwierigkeiten in Behandlung?

(Bitte senden Sie uns die Abschlussberichte zu)

a) ambulant:

b) stationär:

5. Haben Sie schon mal einen Suizidversuch unternommen? Wenn ja, wann und wie?

6. Falls Sie z. Zt. Medikamente einnehmen, geben Sie bitte an, seit wann und in welcher Dosierung.

7. Konsumieren Sie Alkohol oder Drogen? Wenn ja, wie häufig und in welcher Menge?

8. Beziehen Sie Rente oder läuft ein Rentenverfahren?

9. Welche Vorstellungen und Wünsche haben Sie bezüglich der Dauer Ihrer stationären Behandlung?

10. Schnarchen Sie? Ja Nein

11. Benutzen Sie einen Rollator? Ja Nein

12. Benutzen Sie einen Rollstuhl? Ja Nein

13. Benutzen Sie beim Schlafen ein CPAP-Gerät? Ja Nein

14. Benötigen Sie pflegerische Hilfe (z. B. wegen eingeschränkter Mobilität, Inkontinenz, usw.) beim Waschen, Ankleiden, Essen oder Trinken?

Nein

Ja, welche: