

PANORAMA FACHKLINIK

für Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin, Naturheilverfahren

Wird vom Aufnahmearzt ausgefüllt:

☐ Aufnahme **genehmigt** am: _____ ☐ Aufnahme **abgelehnt** am: _____

☐ Aufnahme mit **Vorbehalt**: _____

Arzt: _____

Patienten-Aufnahmefragebogen

Bitte den gesamten Fragebogen unbedingt **vollständig** und **sorgfältig** ausfüllen und **unterschreiben**. Anderenfalls kann kein Aufnahmetermin festgelegt werden!

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____._____._____

PLZ, Wohnort: _____ Straße, Nr.: _____

Telefon / Mobil: _____ / _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Private Zusatzversicherung? ☐ Nein ☐ Ja, nämlich: _____

Erstaufnahme Panorama-Klinik? ☐ Ja ☐ Nein, Anzahl Ihrer Vorbehandlungen in der Panorama-Klinik: _____

Name, Fachrichtung und Adresse der / des Einweisenden: _____

Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen ausführlich und vollständig:

1. Unter welchen aktuellen psychischen Beschwerden leiden Sie?

2. Unter welchen aktuellen körperlichen Beschwerden leiden Sie?

3. Sind Sie derzeit krankgeschrieben?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich seit:

Begründende Diagnose:

4. Falls **Nein** bei Frage 3 wie erklärt sich die Arbeitstätigkeit trotz Ihrer Beschwerden?

5. Beziehen Sie Erwerbsunfähigkeits-Rente oder läuft derzeit ein Berentungsverfahren oder ist eines beabsichtigt?

☐ Nein ☐ Ja, derzeitiger Stand:

6. Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Nein ☐ Ja, derzeitige Schwangerschaftswoche: . SSW

7. Gibt es vorangegangene psychische Erkrankungen (z. B. Psychose, Schizophrenie, schizoaffektive Episode, dissoziative Störung, Suchterkrankung, Borderline-Störung, Alkoholkrankheit, Depression, manische oder depressive Phasen im Rahmen einer diagnostizierten manisch-depressiven Erkrankung, Angst-, Zwangs- oder Essstörungen)?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

8. Bestand schon einmal oder besteht derzeit selbstverletzendes Verhalten? Welcher Art?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

9. Haben Sie einen oder mehrere Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte? Wann? Was geschah?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

10. Waren oder sind Sie in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (ärztl. oder psychologischer Psychotherapeut)?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich bei:

Name, Ort	von/seit	bis	Diagnose(n)	Effekt

11. Falls **Nein** bei Frage 10 aus welchem Grund genau sind oder waren Sie noch nicht in psychotherapeutischer Behandlung?

12. Falls **Ja** bei Frage 10, was sind die aktuellen Themen und Ziele? Warum ist, trotzdem Sie sich in ambulanter Behandlung befinden, eine stationäre Behandlung notwendig?

Falls Sie trotz Bemühungen bisher keinen ambulanten Therapieplatz finden konnten, bitten wir Sie dringend, noch vor Ihrer Aufnahme in unserem Haus **aktiv bei Ihrer Krankenkasse** wegen diesbezüglicher Unterstützung **anzufragen**.

Auch im Anschluss an eine stationäre Psychotherapie wird eine ambulante Weiterbearbeitung der therapeutischen Themen erfahrungsgemäß notwendig und hilfreich sein.

13. Waren oder sind Sie in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Fachärztin / -arzt für Psychiatrie)?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich bei:

Name, Ort	von/seit	bis	Diagnose(n)	Effekt

14. Waren oder sind Sie bereits in stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich in:

Klinik, Ort	von/seit	bis	Diagnose(n)	Effekt

Falls Sie während der Wartezeit bis zur Aufnahme in unserem Haus stationär psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt werden müssen, bitten wir um eine zügige Information, um Terminüberschneidungen zu verhindern.

15. Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Behandlung Ihrer Psyche ein?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

Präparat	Dosis	seit	wegen	Effekt

Sollte Ihnen ein Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) vorliegen, senden Sie uns bitte eine aktuelle Kopie.

16. Falls **Nein bei Frage 15, aus welchem Grund? Wie stehen Sie Psychopharmaka grundsätzlich gegenüber?**

17. Hatten Sie früher bereits Medikamente zur Behandlung Ihrer Psyche eingenommen?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

Präparat	Dosis	Dauer	wegen	Effekt

18. Versuch(t)en Sie alternative Therapieformen zur Behandlung der aktuellen Symptomatik?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

19. Gibt es ernsthafte körperliche Vorerkrankungen oder aktuelle Begleiterkrankungen (z. B. Epilepsie / Multiple Sklerose / Hepatitis / HIV / Schlaganfall / hoher Blutdruck / Diabetes / Herz-, Gefäß- oder Lungenerkrankung)?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

Bitte beachten Sie: Eine kassenärztlich verordnete, zusätzliche ambulante Behandlung während Ihres Aufenthaltes darf nur in Absprache mit uns erfolgen. Anderenfalls ist keine Kostenübernahme gewährleistet.

20. Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Behandlung körperlicher Vorerkrankungen ein?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

Präparat	Dosis	seit	wegen	Effekt

Sollte Ihnen ein Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) vorliegen, senden Sie uns bitte eine Kopie.

21. Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

Welche Getränke? _____

Wie häufig? _____

Wieviel davon pro Woche? _____

22. Glauben Sie, dass es Ihnen möglich ist, während der stationären Behandlungsdauer ohne Probleme dauerhaft auf den Konsum von Alkohol zu verzichten?

☐ Ja ☐ Eher mit Problemen, denn:

23. Nehmen Sie Drogen ein? Welche? In welcher Menge? Seit wann? Und wie häufig?

(Bitte beachten Sie, dass bei aktivem Drogenkonsum oder bei Behandlung mit med. verordnetem Cannabis keine Behandlung in unserem Haus stattfinden kann).

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

24. Bitte nennen Sie uns Ihre Größe und Ihr Gewicht, sehen Sie Besonderheiten in Ihrem Essverhalten?

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

(Bitte beachten Sie, dass wir im Haus nur Menschen mit einem Gewicht von max. 120 kg behandeln können)

Darstellung des Essverhaltens:

25. Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

26. Bestehen körperliche Einschränkungen oder Behinderungen? (z. B. Gehstörungen (wie ist die max. Gehstrecke)?

Brauchen Sie pflegerische Hilfen bei Alltagstätigkeiten?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

27. Sind Sie im Alltag auf besondere Hilfen angewiesen? (Hörhilfen, Gehstützen, Inkontinenzhilfen, andere Hilfsmittel?)

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

28. Besteht ein Pflegegrad?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

29. Wir gehen davon aus, dass Sie sich mit dem Konzept und den Möglichkeiten einer Behandlung in der Panorama Fachklinik beschäftigt haben. Bitte beschreiben Sie deshalb konkret, weshalb Sie eine vollstationäre Therapie als notwendig erachten, welche Motivation sie dafür haben und welche genauen Ziele Sie dadurch zu erreichen hoffen.

30. Warum sind diese Ziele bislang nicht oder nicht nachhaltig erreicht worden? .

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen, aus denen wir bereits mögliche Schwerpunkte für die Therapie vorhersehen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.

Wichtig:

Bitte senden Sie uns Ihnen vorliegende Arztbriefe, BMP Medikationsplan, Berichte von Klinikaufenthalten, Anträge für ambulante Psychotherapie u. ä. zu oder bitten Sie diesbezüglich Ihren Arzt oder Psychotherapeuten um Kopien relevanter Unterlagen!

Um Sie am Anreisetag bei einer Verspätung Ihrerseits, sicher erreichen zu können, benötigen wir zwingend Ihre Mobiltelefonnummer.

Mobiltelefon: _____

Eine Anreise ist aus organisatorischen Gründen nur bis 11:30 Uhr möglich.

Vielen Dank!

Datum des heutigen Tages: ____ . ____ . 20____ **Unterschrift Patient:** _____