

## Patienten-Aufnahmefragebogen

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

Aufnahme genehmigt am: \_\_\_\_\_

Aufnahme abgelehnt am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits zweifach gegen Corona geimpft?  Nein  Ja

Wenn ja, wann fand die zweite Injektion statt? Datum: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherung?  Nein  Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Erstaufnahme Panorama-Klinik?  Ja  Nein, Anzahl der Vorbehandlungen in der Panorama-Klinik: \_\_\_\_\_

Name, Fachrichtung und Adresse der / des Einweisenden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen ausführlich und vollständig:**

**1a)\*** Unter welchen aktuellen psychischen Beschwerden leiden Sie?

**1b)\*** Unter welchen aktuellen körperlichen Beschwerden leiden Sie?

**2)\*** Sind Sie derzeit krankgeschrieben?

Nein  Ja, nämlich seit:

Begründende Diagnose:

**2.1)\*** Falls **Nein** bei Frage 2), wie erklärt sich die Arbeitstätigkeit trotz Ihrer Beschwerden?

**3)\*** Beziehen Sie Erwerbsunfähigkeits-Rente, läuft derzeit ein Berentungsverfahren oder ist eines beabsichtigt?

Nein  Ja, derzeitiger Stand:

4) Besteht eine Schwangerschaft?

Nein  Ja, derzeitige Schwangerschaftswoche: . SSW

5) 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:

6) Bestand schon einmal oder besteht derzeit selbstverletzendes Verhalten? Welcher Art?

Nein  Ja, nämlich:

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

Nein  Ja, nämlich:

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

Nein  Ja, nämlich bei:

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

8.1)\* Falls **Nein** bei Frage 8), aus welchem Grund genau nicht?

8.2)\* Falls **Ja** bei Frage 8), was sind die aktuellen Themen und Ziele? Warum ist trotzdem 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.

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

Nein  Ja, nämlich bei:

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

10) 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.

11) Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Behandlung Ihrer Psyche ein?

- Nein  Ja, nämlich:

Präparat	Dosis	seit	wegen	Effekt

11.1) Falls **Nein** bei Frage 11), aus welchem Grund? Wie stehen Sie Psychopharmaka grundsätzlich gegenüber?

12) Hatten Sie früher bereits Medikamente zur Behandlung Ihrer Psyche eingenommen?

- Nein  Ja, nämlich:

Präparat	Dosis	Dauer	wegen	Effekt

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

- Nein  Ja, nämlich:

14) 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:

**Beachten Sie bitte: Eine ambulante Behandlung während des Aufenthaltes darf nur in Absprache mit uns erfolgen. Anderenfalls ist keine Kostenübernahme gewährleistet.**

15) Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Behandlung körperlicher Vorerkrankungen ein?

- Nein  Ja, nämlich:

Präparat	Dosis	seit	wegen	Effekt


**16 a)** Trinken Sie Alkohol? Welche Getränke? Wieviel davon pro Woche? Wie häufig?

- Nein  Ja, nämlich:

**16 b)** 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:

**17)** Nehmen Sie Drogen ein? Welche? In welcher Menge? Seit wann? Und wie häufig?

- Nein  Ja, nämlich:

**18)** 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:

**19)** Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

- Nein  Ja, nämlich:

**20 a)** Bestehen körperliche Einschränkungen oder Behinderungen? (z. B. Gehstörungen (wie ist die max. Gehstrecke)? Brauchen Sie pflegerische Hilfen bei Alltagstätigkeiten?

- Nein  Ja, nämlich:

**20 b)** Sind Sie im Alltag auf besondere Hilfen angewiesen? (Hörhilfen, Gehstützen, Inkontinenzhilfen, andere Hilfsmittel?)

- Nein  Ja, nämlich:

**21)** Besteht ein Pflegegrad?

- Nein  Ja, nämlich:

**22)\*** 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.

23)\* 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, 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: \_\_\_\_\_