

Selbstauskunftsbogen

(bitte spätestens 1 Woche vor Aufnahme zusenden)



Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Heilig Geist – Boppard Sekretariat Psychosomatik

Bahnhofstraße 7
56154 Boppard
Tel.: 06742 101-6685
Fax: 06742 101-4613
psychosomatik@gk.de

Datum (heute):

Aufnahmeterrnin am:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon/Handy

Email:

Übersicht:

1. Aktuelle Beschwerden
2. (Vermutete) Ursachen
3. Auswirkungen der Beschwerden
4. Familienanamnese
5. Erkrankungen
6. Behandlungsziele
7. Mein aktueller Medikamenten- und Behandlungsplan
8. Lebenssituation

Name, Vorname:

Auskunft über (Sie können auch auf der Rückseite weiterschreiben)	Anmerkungen
1. Aktuelle Beschwerden (psychisch und körperlich; seit wann?; bisherige Behandlungen ambulant und stationär):	
2. (Vermutete) Ursachen:	
3. Auswirkungen der Beschwerden <ul style="list-style-type: none">• Konsequenzen im Alltag • Konsequenzen in Beziehungen zu Anderen • Konsequenzen für die beruflichen Anforderungen • Haben Sie ein Schlafapnoe-Gerät / Rollstuhl / Rollator?	
4. Familienanamnese: <i>Mutter:</i> Alter..... Krankheiten Beruf Beziehung zur Mutter <i>Vater:</i> Alter..... Krankheiten Beruf Beziehung zum Vater <i>Geschwister:</i> Alter /Krankheiten / Beruf <i>Eigene Kinder:</i>	

Name, Vorname:

5. Erkrankungen:

Sind Sie schon ernsthaft erkrankt gewesen, oder leiden Sie aktuell an einer Erkrankung? (z. B. Asthma bronchiale)

Wenn ja, seit wann?

Sind Sie operiert worden (z. B. Gallenstein)?

Wann?

Substanzgebrauch:

Nikotin (Anzahl Zigaretten):

Alkohol (Trinkmenge):

Drogen (wenn ja, welche?);

6. Behandlungsziele

Name, Vorname:

**7. Mein aktueller Medikamenten- und Behandlungsplan:
(Bitte bringen Sie Ihre Medikamente mit der Verpackung für
mindestens 3 Tage mit!)**

z.B. Asprin 100 1 Tablette morgens = 1-0-0
 Magnesium Verla N 1 Tablette morgens und abends= 1-0-1

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Meine Ernährung:

8. Lebenssituation

- Krank geschrieben seit:
 - Sozialstreitigkeiten: Rente / Reha / Amt für Soziales
 - Schulden / Insolvenz
 - Arbeitsunfähig wegen:
 - Reha durchgeführt/geplant:
- Rente beantragt am:
- Berentet seit:
- Schulabschluss / Ausbildung

Name, Vorname:

<ul style="list-style-type: none">• Beruf:• Berufswechsel / Umschulung • Tätigkeit als:<ul style="list-style-type: none">○ Vollzeit○ Teilzeit • Arbeitslos seit: • Wohnsituation • Ehe / Partnerschaft / Beziehung • Benachrichtigungen an: • Meine Behandler (Ärzte, Therapeuten, Andere):	
---	--