

SELBSTBERICHT **für die tagesklinische Behandlung**

Herr Frau divers

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ **Alter:** _____

Straße _____

PLZ + Wohnort _____

Telefon/Mobil _____

E-Mail _____

Datum _____

Gesetzlich krankenversichert: Versicherung: _____

Privat zusatzkrankenversichert: Versicherung: _____

Wahlleistung Ärzt*in

Krankenhaustagegeld

Privat krankenversichert: Versicherung: _____

100 % Allgemeine Krankenhausleistungen Beihilfeberechtigt: _____ %

100 % Wahlleistung Ärzt*in

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Notwendigkeit einer teilstationären Behandlung. Um herauszufinden, ob wir Ihnen in der Sonnenberg Klinik ein geeignetes Behandlungsangebot machen können führen wir in aller Regel ein Vorgespräch mit Ihnen. Aufgrund unserer baulichen Gegebenheiten können wir zum jetzigen Zeitpunkt leider nur Patient*innen bis zu einem Körpergewicht von max. 130 Kilogramm aufnehmen. Fragen zum teilstationären Aufenthalt beantwortet Ihnen auch gerne das Aufnahmesekretariat (Tel. 0711.6781-700).

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Ein Unternehmen des ZfP Südwürttemberg

Sonnenberg Klinik gGmbH
Christian-Belser-Straße 79
70597 Stuttgart

Tel. 0711-6781-0
Fax 0711-6781-138
info@sonnenbergklinik.de
www.sonnenbergklinik.de

Geschäftsführer
Dr. med. Holger Salge
Dieter Haug
Amtsgericht Stuttgart HRB 21193

BW-Bank Stuttgart
IBAN DE14600501010002321402
BIC SOLADEST600

1. Beschwerden

Welche Beschwerden und Probleme führen Sie zu uns? Bitte nennen Sie in Stichworten Ihre Hauptleiden und fügen Sie an, seit wann bzw. seit wie vielen Jahren diese bestehen. (Für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme steht Ihnen das letzte Blatt dieses Fragebogens zur Verfügung)

Beschwerden:

seit (Jahr)

2. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachnennungen sind möglich)

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

3. In welcher Partnersituation leben Sie?

- kurzfristig kein*e Partner*in
- langfristig/dauerhaft kein*e Partner*in
- wechselnde*r Partner*innen
- feste*r Partner*in (Ehepartner*in) Alter (Partner*in):
- feste*r Partner*in (nicht Ehepartner*in) Alter (Partner*in):

4. Haben Sie Kinder?

- nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte den Vornamen, das Geschlecht und das Geburtsdatum Ihrer Kinder an.

Vorname

Geschlecht

Geburtsdatum

5. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- gemeinsame Wohnung mit (Ehe-)Partner*in/Familie
- Wohngemeinschaft
- alleinlebend

6. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- noch in der Schule
- ohne Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife / polytechn. Oberschule
- Abitur / Fachhochschulreife
- sonstiger Abschluss:

7. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

- berufstätig, Vollzeit
- berufstätig, Teilzeit
- berufstätig, gelegentlich
- mithelfende*r Familienangehörige*r, nicht berufstätig
- Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- Ausbildung / Studium
- Freiwilliger Wehrdienst / Freiwilliges Soziales Jahr
- Sabbatical / längere berufliche Freistellung
- geschützt beschäftigt
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer auf Zeit
- Frührente / Altersrente / Pension
- Witwen- / Witwer-Rente
- anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- unbekannt / unklar

8. Derzeit ausgeübter Beruf:

8.1 Falls Sie berufstätig sind: Inwieweit fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beruflich beeinträchtigt?

9. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben? ja, seit _____ nein

10. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja nein

11. Liegen Besonderheiten vor (z. B. Pflegegrad)? ja nein

12. Freizeit

Welche Interessen, z.B. Hobbies, Verein usw. haben Sie?

13. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder nervenfachärztlicher Behandlung (inkl. stationäre bzw. Reha-Behandlungen)?

Bitte veranlassen Sie im Falle früher stattgefundenener (teil-)stationärer Behandlungen eine Übersendung entsprechender Entlassberichte an uns (Bitte nur Kopien!).

wann?

Behandlungsart?

wo? bei wem?

Sollten Sie bereits einmal Patient in der Sonnenberg Klinik gewesen sein, bitten wir Sie, hier mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu erklären, dass zur näheren Abklärung der Indikation einer erneuten Behandlung auch Berichte zu früheren hiesigen Behandlungen herangezogen werden.

Unterschrift:

14. Bei welchen Ärzt*innen/Therapeut*innen sind Sie zur Zeit in Behandlung?

Bitte veranlassen Sie, dass Ihre Behandler*innen uns eine kurze Einschätzung Ihrer Erkrankung zukommen lässt. Wenn Sie bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sind, dann benötigen wir von dieser*m ebenfalls eine kurze schriftliche Einschätzung, warum ein teilstationärer Aufenthalt erforderlich ist.

→ Schriftliche Einschätzung (Ärzt*in/Therapeut*in)

(Besprechung der Anmeldung erst bei Vorliegen der ärztlich/therapeutischen Einschätzung!)

liegt bei

wird nachgereicht

15. Welche für Sie wichtigen Erkrankungen, Operationen, Unfälle hatten Sie?

Jahr	Art der Erkrankung	Aufenthaltsort
------	--------------------	----------------

16. Nehmen Sie zurzeit Medikamente (z. B. Medikamente, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen)?

nein ja

Wenn ja, welche?

Name	Dosierung	täglich	gelegentlich	Wochen	Monate	Jahre
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

17. Hier haben Sie Platz für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!