

Krankenhaus Bad Cannstatt  
Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Sekretariat  
Priebnitzweg 24  
70374 Stuttgart

**Krankenhaus Bad Cannstatt**

**Zentrum für Seelische Gesundheit  
Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor  
Prof. Dr med Andreas Stengel  
Priebnitzweg 24  
D – 70374 Stuttgart**  
Telefon 0711/ 278-22701  
Telefax 0711/ 278-22172

## Selbstauskunft

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Selbstauskünfte bearbeitet werden können!!**

Falls möglich, bitte per E-Mail senden an

[s.sieger@klinikum-stuttgart.de](mailto:s.sieger@klinikum-stuttgart.de) oder [s.hirth@klinikum-stuttgart.de](mailto:s.hirth@klinikum-stuttgart.de)

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

oder/und

Privatversicherung \_\_\_\_\_

zusatzversichert für  
stationäre Behandlung

Chefarztbehandlung

1-Bett

2-Bett

Anmeldung für

Station

Tagesklinik

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Notwendigkeit einer stationären/teilstationäre Behandlung. Um herauszufinden, ob wir Ihnen in unserer Klinik ein geeignetes Behandlungsangebot machen können, kann möglicherweise auch ein Vorgespräch sinnvoll sein. Sollte ein solches Vorgespräch aus unserer Sicht notwendig sein, wird ein Termin mit Ihnen vereinbart.

*Eine ambulante Therapie ist in unserer Klinik nicht möglich. Wir besitzen dafür keine Kassenzulassung.*

### 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.

***Sollten Sie bereits stationär oder teilstationär behandelt worden sein bzw. eine ambulante Abklärung erfolgt sein, so bitten wir dringend um die Überlassung der Befunde/Entlassberichte. Ohne diese Vorbefunde kann Ihre Selbstauskunft nicht weiter bearbeitet werden. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.***

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

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

### 3. In welcher Partnersituation leben Sie?

- kurzfristig kein Partner
- langfristig/dauerhaft kein Partner
- wechselnder Partner
- fester Partner (Ehepartner)
- fester Partner (nicht Ehepartner)

Alter des Partners: \_\_\_\_\_

Alter des Partners: \_\_\_\_\_

**4. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- noch in der Schule
- kein Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife / polytechnische Oberschule
- Abitur / Fachhochschulreife
- sonstiger Abschluss: \_\_\_\_\_

**5. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation:**

- berufstätig in Vollzeit als \_\_\_\_\_
- berufstätig in Teilzeit als \_\_\_\_\_
- berufstätig, gelegentlich
- Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- in Ausbildung
- Wehrdienst / Zivildienst / Freiw. Soz. Jahr / Berufsvorbereitungsjahr
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbsunfähigkeitsrente / Berufsunfähigkeitsrente  befristet?
- Frührente / Altersrente
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**6. Sind Sie aktuell krankgeschrieben?**  ja  nein  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

**7. Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?**  ja  nein  
 bewilligt  abgelehnt  Widerspruch

**8. Haben Sie Kinder?**  ja  nein  
Wenn ja, geben Sie bitte Anzahl und Alter der Kinder an:

\_\_\_\_\_

**9. Bestehen Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente etc.) oder psychiatrische Vorerkrankungen (Psychose, Schizophrenie, bipolare Störung etc.)? Wenn ja, bitte auflisten:**

\_\_\_\_\_

**Bei Suchterkrankung:** Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_

**10. Bestand/besteht selbstverletzendes Verhalten?**

- ja                       nein                       aktuell auch?

**11. Besteht eine regelmäßige Mahlzeitenstruktur?**

- ja                       nein

**12. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?**

- ja:

Wenn ja, welche Therapieform, wann und wo?

- Ambulant \_\_\_\_\_  
 Stationär \_\_\_\_\_  
 Teilstationär \_\_\_\_\_

***Wenn ja, bitte Berichte der stationären/tagesklinischen Behandlungen beifügen; ohne diese Befunde ist eine weitere Bearbeitung nicht möglich! Bei aktuell laufender ambulanter Psychotherapie bitte kurze schriftliche Stellungnahme des behandelnden Psychotherapeuten beifügen/vorlegen!***

- nein

**13. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?**

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
und seit wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. Hier haben Sie Platz für die Schilderung weiterer Punkte:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!