Klinikum Stuttgart

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Tübingen

www.klinikum-stuttgart.de

Zentrum für Seelische Gesundheit

Krankenhaus Bad Cannstatt
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Andreas Stengel
Ärztlicher Direktor
Prießnitzweg 24
D - 70374 Stuttgart

Privatambulanz: 0711/ 278-22701
Institutsambulanz: 0711/ 278-22727
Telefax: 0711/ 278-22172

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

Selbstauskunft

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Selbstauskünfte bearbeitet werden können!
Falls möglich, bitte per E-Mail senden an: anmeldung-psychosomatik@klinikum-stuttgart.de

Dieser Fragebogen dient der Vorabschätzung der Notwendigkeit einer Behandlung in unserer Klinik.

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Wohnort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Krankenkasse oder/und Privatversicherung _____ ☐ zusatzversichert für stationäre Behandlung

Privatversichert oder zusatzversichert für (bitte auswählen was zutrifft):
☐ Chefarztbehandlung ☐ 1-Bett-Zimmer

Welches Behandlungsangebot würde Ihren Wünschen/Vorstellungen entsprechen? (die Indikation wird dann im Vorgespräch festgelegt)
☐ Stationär ☐ Teilstationär (Tagesklinik) ☐ Institutsambulanz (PIA)

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 weiterbearbeitet 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) Alter des Partners: _____
- ☐ fester Partner (nicht Ehepartner) 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 aktuelle 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 Rentenantrag 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.)? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, bitte aufführen:

_____

_____

Bei Suchterkrankung: Häufigkeit: _____ Menge: _____

10. Bestand/besteht selbstverletzendes Verhalten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ aktuell auch?

11. Besteht eine regelmäßige Mahlzeitenstruktur?

☐ Ja ☐ Nein

12. Befinden/befanden Sie sich bereits 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. Befinden Sie sich aktuell zur Behandlung in einer Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanz (PIA)?

☐ Ja ☐ Nein

14. Befinden Sie sich aktuell auf anderen Wartelisten für eine psychosomatische Behandlung (Ambulanz, Station oder Tagesklinik)?

☐ Ja ☐ Nein

15. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche _____

und seit wann? _____

_____

_____

16. Hier haben Sie Platz für die Schilderung weiterer Punkte:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir in der Selbstauskunft angegebenen Daten.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift