

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: <a href="mailto:anmeldung-psychosomatik@klinikum-stuttgart.de">anmeldung-psychosomatik@klinikum-stuttgart.de</a>

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

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	□ weiblich □ männlich □ divers
Straße	
PLZ, Wohnort	
E-Mail	
Telefon	
Krankenkasse oder/und Privatversicherung	zusatzversichert für
Privatversichert oder  ☐ Chefarztbehandlung	stationäre Behandlung <b>zusatzversichert für (bitte auswählen was zutrifft):</b>
(die Indikation wird o ☐ Stationär ☐ Teilsta Katharinenhospital	sangebot würde Ihren Wünschen/Vorstellungen entsprechen? dann im Vorgespräch festgelegt) tionär (Tagesklinik)    Institutsambulanz (PIA)
Krankenhaus Bad Cannstatt Olgahospital	

## 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. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt.

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.

	□ ledig		
	□ verheiratet seit		
	□ verwitwet seit		
	☐ geschieden seit		
	☐ getrennt lebend seit		
	☐ wieder verheiratet seit		
3.	In welcher Partnersituation leben Sie	e?	
	☐ 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 ha	aben Sie?	
	□ noch in der Schule		
	☐ kein Schulabschluss		
	☐ Sonderschulabschluss		
	☐ Hauptschulabschluss		
	☐ Realschulabschluss / Mittlere Reife /	polytechnische Oberschule	
	☐ Abitur / Fachhochschulreife		
	□ sonstiger Abschluss:		

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

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								
	<ul> <li>□ arbeitslos gemeldet</li> <li>□ Erwerbsunfähigkeitsrente / Berufsunfähigkeitsrente</li> <li>□ Frührente / Altersrente</li> <li>□ Sonstiges:</li></ul>						befristet?		
6.	Sind Sie aktuell kra Wenn ja, seit wann?	-			Ja			Nein	
7.	Haben Sie einen Re □ bewilligt	ntenantrag □	•		Ja		□ Wide	Nein rspruch	
8.	<b>Haben Sie Kinder?</b> Wenn ja, geben Sie b			□ (inder an:	Nein				
9.	Bestehen Suchterlesychiatrische Voretc.)?   Wenn ja, bitte auff	erkrankung		•					
	Bei Suchterkrankun	<b>g:</b> Häufigke	it:		Meng	e:			
10.	Benötigen Sie körp  □ Ja  Wenn ja, in welche	□ Nei	n						
11.	<b>Bestand/besteht se</b> □ Ja	<b>lbstverletze</b> □ Nei		ten? □	aktue	ll auch?	<b>)</b>		
12.	Besteht eine regeln  ☐ Ja	n <b>äßige Mah</b> □ Nei		ur?					

Behandlung?	ien die dien bereit	is in psychotherapeutischer oder psychiatrisch
□ Ja: Wenn ja, welc □ Ambulant	he Therapieform, w	vann und wo?
☐ Stationär ☐ Teilstationä		
diese Befunde ambulanter Ps	e ist eine weitere cychotherapie bitte	ationären/tagesklinischen Behandlungen bei; ohr Bearbeitung nicht möglich! Bei aktuell laufend nach Möglichkeit kurze schriftliche Stellungnahn euten beifügen/vorlegen.
	ich aktuell zur nen Institutsambu Nein	Behandlung in einer Psychiatrischen od Ilanz (PIA)?
		nderen Wartelisten für eine psychosomatisch oder Tagesklinik)?
<b>16. Nehmen Sie zurz</b> Wenn ja, welche und seit wann?		e ein?
☐ Flexibel☐ Vormittags an f	olgenden Tagen	rkeiten für ein mögliches Vorgespräch? □ Kurzfristige Termine sind für mich möglich
J	i folgenden Tagen  latz für die Schild	lerung weiterer Punkte:
	Vielen Dank fü	ir Ihre Mitarbeit!
it meiner Unterschrift be aten.	estätige ich die Rich	ntigkeit und Vollständigkeit der angegebenen
Ort, Datum		Unterschrift