



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 _____ ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Straße _____

PLZ, 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)

Katharinenhospital
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.

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 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.)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte aufrühren: _____

Bei Suchterkrankung: Häufigkeit: _____ Menge: _____

Sind Sie bereit abstinent zu bleiben? ☐ Ja ☐ Nein

10. Benötigen Sie körperliche Hilfe/Unterstützung im Alltag?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Umfang? _____

11. Bestand/besteht selbstverletzendes Verhalten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ aktuell auch?

12. Besteht eine regelmäßige Mahlzeitenstruktur?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte teilen Sie uns bei bekannter Essstörung Ihren aktuellen BMI mit: _____

13. Befinden/befanden Sie sich bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

☐ Ja:

Wenn ja, welche Therapieform, wann und wo?

☐ Ambulant

☐ Stationär

☐ Teilstationär

Bitte fügen Sie Berichte der stationären/tagesklinischen Behandlungen bei; ohne diese Befunde ist eine weitere Bearbeitung nicht möglich! Bei aktuell laufender ambulanter Psychotherapie bitte nach Möglichkeit kurze schriftliche Stellungnahme des behandelnden Psychotherapeuten beifügen/vorlegen.

☐ Nein

14. Befinden Sie sich aktuell zur Behandlung in einer Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanz (PIA)?

☐ Ja

☐ Nein

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

☐ Ja

☐ Nein

16. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche
und seit wann?

17. Wie sind Ihre zeitlichen Verfügbarkeiten für ein mögliches Vorgespräch?

☐ Flexibel

☐ Kurzfristige Termine sind für mich möglich

☐ Vormittags an folgenden Tagen

☐ Nachmittags an folgenden Tagen

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der angegebenen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift