



## Persönlicher Fragebogen Psychosomatische Klinik Kloster Dießen

Folgende Fragen werden vertraulich und nur intern den zuständigen Ärzt\*innen sowie Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen zur Verfügung gestellt.

**Nehmen Sie sich bitte Zeit, um die Fragen in Ruhe und vollständig zu beantworten.**

### Meine Angaben:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit:       ja    seit \_\_\_\_\_       nein

Rentenantrag gestellt:       ja       nein

### Aufnahmewunsch in folgendem Bereich/folgenden Bereichen gewünscht:

- Traumata (Posttraumatische Belastungsstörungen)
- Behandlungseinheit FÜR Ärzt\*Innen und Therapeut\*Innen
- Mediengruppe (Internet- und Mediensucht)
- Essstörungstherapiegruppe (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating, Adipositas)
- Burn Out
- Depression/Erschöpfungsdepression

---

**1. Beschreiben Sie bitte, auf Grund welcher Beschwerden Sie die Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Kloster Dießen in Anspruch nehmen wollen?**




**2. Seit wann / wie oft treten diese Beschwerden auf?**


**3. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?**

- Ja                    wann? \_\_\_\_\_
- Nein

**4. Erläutern Sie bitte ausschlaggebende, wichtige Ereignisse im privaten sowie beruflichen Bereich.**

Jahr	Ereignis

**5. Inwiefern haben die Beschwerden Einfluss auf Sie und Ihr privates und berufliches Umfeld?**


**6. Was hat Ihnen bisher eine Verbesserung der Symptome erbracht?**




**7. Welche Ziele verfolgen Sie mit dieser Therapie?**

- ❖ \_\_\_\_\_
- ❖ \_\_\_\_\_
- ❖ \_\_\_\_\_
- ❖ \_\_\_\_\_

**8. Sind Sie bereits in einer stationären psychosomatischen oder psychiatrischen Behandlung gewesen, wenn ja welche?**


**9. Sind Sie in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?**

- Ja     Nein

Name Therapeut\*In: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Therapieverfahren: \_\_\_\_\_

Anzahl Therapie: \_\_\_\_\_

**10. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Medikament	Dosierung	Menge

**11. Sind Sie Raucherin/Raucher?**

- Ja, Anzahl der Zigaretten \_\_\_\_\_
- Nein



**12. Trinken sich zeitweise vermehrt oder regelmäßig Alkohol, oder machen sich Gedanken über den Gebrauch?**


**13. Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen zu sich, oder machen sich Gedanken über den Gebrauch?**


**14. Haben Sie wichtige körperliche Erkrankungen?**


**15. Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?**


**16. Liegt eine Gehbehinderung oder andere körperliche Einschränkungen vor? Sind Sie in Ihrer Selbstständigkeit, sowie im alltäglichen Leben behindert und benötigen fremde Hilfe? (z. B. Rollstuhl, Katheter etc.)**


