

## Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll uns helfen, ein Bild von Ihrer Lebenssituation zu bekommen. Es ist wichtig, dass Sie die Fragen möglichst vollständig beantworten, sodass wir die für Sie wesentlichen Dinge erkennen können.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie den Fragebogen allein und in aller Ruhe aus. Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich; Ihre Angaben werden daher **streng vertraulich** behandelt. **Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Informationen einzusehen.**

Datum \_\_\_\_\_

### 1 Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Anschrift
Telefonnummer (Festnetz und mobil)	E-Mail

Krankenversicherung	PsychiaterIn (Name + Ort)
Hausarzt/-ärztin (Name + Ort)	PsychotherapeutIn (Name + Ort)

### 2 Zur Aktuellen Lebenssituation

Haben Sie einen Arbeitsplatz oder besuchen Sie eine Schule/ Berufs- o. Hochschule? (Bitte kurze Angaben zu Art und Umfang)

Sind sie arbeitsunfähig krankgeschrieben? Wenn ja, seit wann?

Welche Art des Einkommen erhalten Sie aktuell (Gehalt /Lohn /Rente / Krankengeld / ALG I o II...)?

Ist Ihr Wohnraum gesichert? (*Oder ist der Mietvertrag gekündigt? / Läuft eine Räumungsklage? / Können die Raten für Eigentum nicht mehr bezahlt werden? / Müssen Sie aus einer gemeinsamen Wohnung ausziehen?*)

Haben Sie Kinder, die der Betreuung bedürfen? Wie wäre die Betreuung während der Behandlung in der Tagesklinik sichergestellt?

Erhalten oder erhielten Sie in letzter Zeit Unterstützung durch Fachkräfte? (Beratungsstellen, Soziotherapie, psychosoziale Assistenz, andere Eingliederungshilfeangebote, Jugendhilfe, Alltagsbegleitung... ) Wenn ja, durch wen?

Wer unterstützt Sie aus dem privaten Umfeld? Wie und in welchem Umfang?

### 3 Gesundheit

#### **Substanzgebrauch:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung und Regelmäßigkeit? Wurden diese verordnet?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder haben Sie in der Vergangenheit regelmäßig Alkohol konsumiert? Wenn ja, bitte Angaben zu Art, Menge und Regelmäßigkeit.

Konsumieren Sie oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen konsumiert? Wenn ja, bitte Angaben zu Art, Menge und Regelmäßigkeit.

Sind Sie aktuell abstinent oder zur Abstinenz bereit?

Haben Sie in den letzten zwei Jahren eine Reha gemacht? Wenn ja, in welcher Reha-Klinik waren sie und wann?

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in (teil-)stationärer Behandlung in einer Klinik? Wenn ja, wann und in welcher / welchen Klinik/-en?

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten, welche Beschwerden und Beeinträchtigungen Sie in letzter Zeit erlebt haben und aktuell erleben.

Woran möchten Sie während der Behandlung in der Tagesklinik arbeiten? Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen?

Was denken Sie, kann durch die tagesklinische Behandlung besser erreicht werden, als durch eine ambulante Behandlung?

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!