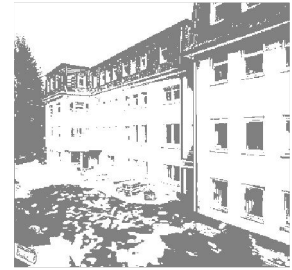




Klinik Haus Vogt

Klinik Haus Vogt GmbH - Dennenbergstr. 5 - D-79822 Titisee-Neustadt
Tel. 07651/ 2008-0 Fax 07651/ 2008-17 E-Mail: sekretariat@klinik-haus-vogt.de



Aufnahmefragebogen – Patient/in

1. Angaben zu meiner Person

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
-----------------------	----------------------

Anschrift, Telefon:

Gewicht [kg]:	Größe [cm]:
----------------------	--------------------

Schule (Anschrift), Klasse, Klassenlehrer
--

2. Meine aktuelle Lebens- und Wohnsituation

Bei der Mutter	<input type="checkbox"/>	Bitte ankreuzen
Beim Vater	<input type="checkbox"/>	
Bei beiden Eltern	<input type="checkbox"/>	
Im Internat	<input type="checkbox"/>	Name
In einer betreuten WG	<input type="checkbox"/>	Name
In einer Jugendhilfeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	Name

3. Ich habe bzw. hatte bereits folgende Therapien

	Name	Adresse	Jahr	Wie lange?
Ambulante Psychotherapie				
Stationäre Behandlung				
Andere				

4. Ich leide unter den folgenden Symptomen ... Bitte Zutreffendes ankreuzen

depressive Verstimmung		Über- oder Untergewicht	
Schlafstörungen		Selbstmordgedanken /-pläne	
Morgentief		Selbstmordversuch/e, ggf. wann	
Konzentrationsschwierigkeiten		sexuelle Probleme	
Gedächtnisprobleme		Erleben, selbst nicht wirklich da zu sein	
Appetitverlust		eigene Gefühle fühlen sich fremd an	
starke innere Unruhe		andauerndes Bedrohungsgefühl	
dauernde Müdigkeit		häufige Scham	
starke Erschöpfung		Schuldgefühle	
Angst		Alpträume	
Phobien		Wutanfälle, die ich nicht steuern kann	
Panikattacken		Selbstverletzung	
Lebensüberdruß-Gedanken		innere Verwirrung oder Zerrissenheit	
Einsamkeit		Konflikt/e mit dem Gesetz	
Herzklopfen, Herzrasen		Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten	
Schwindel		über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch	
Atembeschwerden		über-/regelmäßiger Nikotingebrauch	
Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals		Drogengebrauch	
Taubheits- oder Kribbelgefühle		häufiger Schmerzmittel-/Beruhigungsmittelgebrauch	
Schweißausbrüche		häufiger Abführmittelgebrauch	
Kopfschmerzen		Zwangsgedanken oder -handlungen	
Tinnitus, Ohrgeräusche		übermäßiger Perfektionismus	
Verdauungsbeschwerden		hohes Bedürfnis nach eigener Wichtigkeit und Anerkennung	
Juckreiz		Angst vor Intrigen oder Verfolgung	
körperliche Beschwerden ohne medizinisch nachweisbare Ursachen		starkes Misstrauen gegen andere	
Fressanfälle		Einzelgängertum	
Hungern		Außenseiterrolle	
übermäßige Beschäftigung mit dem Gewicht			

Beschreibe diese Symptome ggf. unter Punkt 5. oder 6. genauer: seit wann, wie oft, Art und Ausmaß der Probleme

5. Meine aktuelle Problematik, aufgrund der ich eine Behandlung in der Klinik Haus Vogt notwendig finde (kurz, in Stichworten)

Weiter auf der nächsten Seite

6. Symptome und Beschwerden, die sich in der letzten Zeit akut verschlimmert haben, so dass ich eine stationäre Behandlung brauche (kurz, in Stichworten)

7. Ich vermute Ursachen meiner Probleme in folgenden Themen (kurz, in Stichworten)

8. Ich möchte durch meine Therapie in der Klinik Haus Vogt die folgenden Punkte verändern bzw. Ziele erreichen (kurz in Stichworten)

9. Ich habe die folgenden medizinischen Vorerkrankungen, Behinderungen, körperlichen Beeinträchtigungen (seit wann - kurz in Stichworten)

10. Die folgenden körperlichen Erkrankungen werden in der Klinik Haus Vogt mit zu behandeln oder besonders zu berücksichtigen sein

11. Die folgenden Medikamente nehme ich derzeit ein (Name der Medikamente, Einnahmehäufigkeit und Menge):

12. Wie ist Dein Essverhalten? Beschreibe ggf. folgende Punkte: Häufigkeit von Mahlzeiten, Diät- und Hungerphasen, Fressanfälle, Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln.

13. Trinkst Du Alkohol? Ggf.: was (Bier, Wein etc.) wie oft, seit wann und wie viel?

--

14. Rauchst Du? Ggf.: seit wann und wie viel?

--

15. Hast Du Erfahrungen mit Drogen? Ggf: von - bis bzw. seit wann, welche, wie häufig, wann zuletzt?

--

16. Fügst Du Dir selbst Verletzungen zu? Ggf.: seit wann, bei welchen Auslösern, wie häufig, womit, in welchem Ausmaß - und wann zuletzt?

--

17. Spiritualität, Religion oder Glaube hat für mich einen wichtigen Stellenwert (falls zutreffend, kurze Beschreibung in Stichworten)

--

18. Meine Motivation für eine stationäre Behandlung liegt bei (bitte ankreuzen)

10 =maximal	09	08	07	06	05	04	03	02	01 =minimal
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----------------

19. Meine Freiwilligkeit liegt bei

10 =maximal	09	08	07	06	05	04	03	02	01 =minimal
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----------------

20. Folgende Punkte sind mir wichtig:

--

Datum:	Unterschrift
---------------	---------------------

Wir danken Dir für die gewissenhafte und vollständige Beantwortung *aller* Fragen. Du unterstützt uns damit bei Deiner Aufnahme- und Therapieplanung!