



Name, Vorname:

Anschrift:

Datum:

Einwilligung Fragebogen Weiterbildungsambulanz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Ihnen vorliegende Fragebogen dient unserem behandelnden Team der Karl-Jaspers-Klinik, Ihre Beschwerden und Erwartungen an einer ambulanten Therapie in der Klinik einzuschätzen und einzuordnen.

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, werden wir gemeinsam mit Ihnen offene Fragen in einem persönlichen Vorgespräch besprechen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen so vollständig, wie es Ihnen möglich ist, zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass erhobenen Daten zum Zweck meiner Behandlung in der Karl-Jaspers-Klinik gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Die Widerrufserklärung ist an die Karl-Jaspers-Klinik zu richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt zu dem er ausgesprochen wurde. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift Patient

Datenblatt für die Patientenverwaltung

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		Geburtsort:
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:	Mobil:	Telefon dienstlich:
E-Mail-Adresse:		
Erlerner Beruf:		
Aktuelle Beschäftigung:		

Angaben zu Behandelnden Ärzten und Therapeuten

Behandelnde Ärzte

Name des Einweisenden Arztes und Fachrichtung :		
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		
Name des Hausarztes (falls abweichend) :		
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		
Name des Facharztes :		
Fachrichtung	O Ärztin/Arzt für Orthopädie/Chirurgie O Ärztin/Arzt für Neurologie O Ärztin/Arzt für Schmerztherapie	O Ärztin/Arzt für O Ärztin/Arzt für O Ärztin/Arzt für Gastroenterologie
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		
Befinden sie sich aktuell in einer ambulanten Psychotherapie? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA		
Name des Psychotherapeuten:		
Fachrichtung:		

Straße, PLZ, Ort:												
Telefon:												
Befanden oder befinden Sie sich in stationärer psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Einrichtung</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 15%;">Zeitraum:</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>Einrichtung</td> <td></td> <td>Zeitraum:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einrichtung</td> <td></td> <td>Zeitraum:</td> <td></td> </tr> </table>	Einrichtung		Zeitraum:		Einrichtung		Zeitraum:		Einrichtung		Zeitraum:	
Einrichtung		Zeitraum:										
Einrichtung		Zeitraum:										
Einrichtung		Zeitraum:										

Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse:	Versichertenstatus: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> Sonstiges
Straße, PLZ, Ort:	
Versichertennummer:	

Medizinische Angaben

Beschreiben Sie die wichtigsten Probleme, derentwegen Sie zur Therapie kommen:
Geben Sie kurz Auskunft darüber, wann Ihre Beschwerden zum ersten Mal auftraten und wie sie sich bis jetzt entwickelt haben:
Befinden Sie sich zurzeit – außer in dieser Praxis – in ärztlicher Behandlung?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, nennen Sie kurz die Behandlung oder das Problem und schicken Sie bitten entsprechende Befunde mit (Krankenhausbehandlungen, amb. Psychotherapie usw.):

Befinden Sie sich zurzeit – außer in dieser Praxis – in psychotherapeutische Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, nennen Sie kurz die Behandlung oder das Problem und schicken Sie bitten entsprechende Befunde mit (Krankenhausbehandlungen, amb. Psychotherapie usw.):
Wurden im Vorfeld weitere Diagnosen gestellt? Wenn Ja, welche? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Warum suchen Sie gerade zu diesem Zeitpunkt eine Psychotherapie auf?
Bestehen bei Ihnen folgende Symptome oder Zustände: <input type="checkbox"/> Ja Eine akute Psychose mit Wahnvorstellungen, Halluzinationen? <input type="checkbox"/> Ja Andere psychiatrische Erkrankungen? (z.B. eine Bipolare Störung, Schizophrenie o.a.) <input type="checkbox"/> Ja Eine Suchterkrankung? <input type="checkbox"/> Ja Akute Suizidalität, mit Plänen oder Handlungsabsichten, sich das Leben zu nehmen und damit die Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja Eine Hirnerkrankung? (z.B. Demenz oder Hirnverletzung, die Gedächtnis- u.a. Hirnfunktionen beeinträchtigen) <input type="checkbox"/> Ja Eine aktuell lebensbedrohliche Essstörung? (mit BMI < 16) <input type="checkbox"/> Ja Schwerwiegend selbstverletzendes Verhalten?
Welche ambulante Therapieform streben Sie an? <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche und in welcher Dosierung? <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente bei Bedarf ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche und in welcher Dosierung?
Nehmen Sie Medikamente ein, die kostenintensiv und/oder Genehmigungspflichtig sind? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?

Nehmen oder nahmen Sie Schlafmittel? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?
Rauchen Sie regelmäßig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie viel?
Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie viel davon?
Haben Sie jemals Drogen (z.B. Haschisch, Kokain, Ecstasy) genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?
Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie? Wie oft? Wenn ja, Wann haben die Selbstverletzungen begonnen? Wann haben Sie ggf. aufgehört?

Ergänzungen

Gibt es noch etwas, dass Ihnen wichtig erscheint und bisher nicht genannt wurde?
Was gibt (oder gab) es, was Ihnen Kraft spendet und Sie gerne machen?
Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Wunsch nach Behandlung in unserer Klinik?