

SELBSTBERICHT

Herr Frau

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Alter: _____

Straße _____

PLZ + Wohnort _____

Telefon/Mobil _____

E-Mail _____

Datum _____

Gesetzlich krankenversichert: Versicherung: _____

Privat zusatzkrankenversichert: Versicherung: _____

Wahlleistung Arzt Krankenhaustagegeld

Privat krankenversichert: Versicherung: _____

100 % Allgemeine Krankenhausleistungen Beihilfeberechtigt: _____%

100 % Wahlleistung Arzt zzgl. 22€/Monat Beihilfebeitrag für
Wahlleistung

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Notwendigkeit einer teilstationären Behandlung. Um herauszufinden, ob wir Ihnen in der Privaten Tagesklinik am Hochsträß ein geeignetes Behandlungsangebot machen können bzw. welche unserer Abteilungen hierfür in Frage kommt, führen wir in aller Regel ein Vorgespräch mit Ihnen. Fragen zum teilstationären Aufenthalt beantwortet Ihnen auch gerne das Aufnahmesekretariat (Tel. 0731-500-61981). Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den aktuell geltenden Datenschutzbestimmungen.

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. (Für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme steht Ihnen das letzte Blatt dieses Fragebogens zur Verfügung)

Beschwerden:

seit (Jahr):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- ledig
- verheiratet seit
- verwitwet seit
- geschieden seit
- getrennt lebend seit
- wieder verheiratet seit

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:

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- noch in der Schule
- ohne Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife / polytechn. Oberschule
- Abitur / Fachhochschulreife
- sonstiger Abschluss:

Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

- berufstätig, vollzeit
- berufstätig, teilzeit
- berufstätig, gelegentlich
- mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig
- Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- Ausbildung
- Wehr- / Zivildienst / Freiw. Soz. Jahr
- geschützt beschäftigt
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente
- auf Dauer
- auf Zeit
- Frührente / Altersrente / Pension Witwen- / Witwer-Rente
- anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- unbekannt / unklar

Derzeit ausgeübter Beruf: _____

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben? ja nein

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja nein

Haben Sie einen Pflegegrad? ja nein

Haben Sie Kinder?

nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte den Vornamen, das Geschlecht und das Geburtsdatum Ihrer Kinder an.

Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____

Freizeit Welche Interessen, z.B. Hobbies, Verein usw. haben Sie

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder nervenfachärztlicher Behandlung?

wann?	Behandlungsart?	wo? bei wem?
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____

Sollten Sie bereits einmal Patient in der Uniklinik Ulm gewesen sein, bitten wir Sie, hier mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu erklären, dass zur näheren Abklärung der Indikation einer erneuten Behandlung auch Berichte zu früheren hiesigen Behandlungen herangezogen werden.

Unterschrift: _____

Bei welchen Ärzten/ Therapeuten sind Sie zurzeit in Behandlung?

Bitte veranlassen Sie, dass Ihr Behandler uns eine kurze Einschätzung Ihrer Erkrankung zukommen lässt. Wenn Sie bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sind, dann benötigen wir von Ihrem Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin ebenfalls eine kurze schriftliche Einschätzung, warum ein teilstationärer Aufenthalt erforderlich ist. Bitte veranlassen Sie im Falle früher stattgefundenener (teil-)stationärer Behandlungen eine Übersendung entsprechender Entlassberichte an uns (Bitte nur Kopien!).

- _____

- _____

- _____

- _____

Welche wichtigen Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Kuraufenthalte hatten Sie?

Jahr	Art der Erkrankung	Aufenthaltsort
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

nein ja

Wenn ja, welche?

Name	Dosierung:	morgens	mittags	abends	täglich	gelegentlich	seit
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hier haben Sie Platz für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!