

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Privatambulanz am Hochsträß | 890XX Ulm

**KLINIK FÜR
PSYCHOSOMATISCHE
MEDIZIN UND
PSYCHOTHERAPIE** Fachcampus
Psychosomatische Gesundheit
Privatambulanz am Hochsträß

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. H Gündel
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm

Leitung Privatambulanz
Dr. S. Nigel
Am Hochsträß 8
89081 Ulm

Sekretariat
vorname.nachname@uniklinik-
ulm.de
T: 0731 500-XXXXX

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich willkommen!

Sie stellen sich zu einem ersten Termin am Fachcampus für Psychosomatische Gesundheit in der Privatambulanz am Hochsträß vor.

Zur Vorbereitung auf das gemeinsame Gespräch füllen Sie bitte den anhängenden Fragebogen aus. Danach werden wir mit Ihnen ein ausführliches diagnostisches Gespräch führen. Wichtig ist, dass Sie uns in Ihrem eigenen Interesse relevante Vorbefunde in Kopie zukommen lassen.

Es gelten selbstverständlich die gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften hinsichtlich der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht.

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Einverständniserklärung

Name, Vorname; Geburtsdatum:

1. Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die Privatambulanz am Fachcampus Psychosomatische Gesundheit meine medizinischen Unterlagen, v.a. über eventuelle Vorbehandlungen oder Voruntersuchungen, anfordern darf (bitte streichen, falls nicht gewünscht).
2. Ich möchte, dass **folgende Personen** einen schriftlichen Bericht von meinem Erstgespräch bzw. meiner weiteren Behandlung erhalten. **Bitte kreuzen** Sie die jeweiligen Personen an und **geben Namen und Adressen** an. Nur mit Namen und **vollständiger** Adresse können wir diesen Kollegen / Kolleginnen einen Bericht zukommen lassen.

- ☐ überweisender Arzt/Ärztin: _____
- ☐ Psychotherapeut/Psychotherapeutin: _____
- ☐ Psychiater/Psychiaterin: _____
- ☐ Hausarzt/Hausärztin: _____
- ☐ ich selbst _____
- ☐ Sonstige: _____

Insofern entbinde ich meine Behandler:innen der Privatambulanz am Fachcampus Psychosomatische Gesundheit als auch die oben genannten Behandler:innen von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit das Recht habe, mein Einverständnis für die Zukunft zu widerrufen. Vorangegangene Informationsweitergaben bleiben hiervon unberührt.

- ☐ Ich möchte, dass kein Bericht versandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift mit Vor- und Zunamen

1. Heutiges Datum: _____
2. Name, Vorname: _____
3. Geburtsdatum: _____
4. Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

5. E-Mail: _____

Telefon (Festnetz): _____

Telefon (Mobil): _____
6. Kostenübernahme: Bitte Zutreffendes ankreuzen

☐ Privat krankenversichert: Name Versicherung: _____

☐ Privat zusatzversichert: Name Zusatzversicherung: _____
 Name Kassenversicherung: _____

☐ Selbstzahler: Name Kassenversicherung: _____

☐ Wahlleistung Arzt: ☐ ja ☐ nein
7. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
8. Staatsangehörigkeit: _____
9. Körpergewicht (kg): _____ Körpergröße (cm): _____

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

10. Bitte schildern Sie uns kurz Ihre Beschwerden und Probleme und geben Sie jeweils an, seit wann diese bestehen. Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt, falls der Platz hier nicht ausreicht.

Beschwerden	Jahr bzw. von-bis
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	

11. Waren Sie schon einmal und/oder sind Sie aktuell in psychosomatischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer oder nervenfachärztlicher/ neurologischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, wenn Ja bitte in der Tabelle unten angeben.

Wann?	Wo?	Ambulant stationär tagesklinisch?	Weshalb?
Bsp. 2011	Psychiatrie Ulm	tagesklinisch	Depression

Bitte bringen Sie uns die aktuellsten Vorbefunde/ Entlassberichte mit.

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, wenn Ja bitten alle Medikamente in der Tabelle unten angeben. Alternativ können Sie auch einen aktuellen Medikamentenplan abgeben.

Medikamentenname	Dosis	morgens	mittags	abends	nachts	nur bei Bedarf (Häufigkeit)
Bsp. ASS	100mg	1	0	0	0	

13. Bestehen Vorerkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja

Im Folgenden sind Krankheitsgruppierungen angegeben mit einigen Beispielen. Wenn ein Beispiel zutrifft, kreisen Sie es bitte ein. Sie können auch weitere Krankheiten im jeweiligen Bereich angeben. Wenn Sie sich nicht sicher sind, dann kennzeichnen Sie dies mit einem Fragezeichen.

Erkrankungsgruppe

Erkrankung des Herz- und Kreislaufsystems z.B. Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Aneurysma, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Erkrankung des Magen-Darmtrakts z.B. Magen-/Darmgeschwür, Reflux, Reizdarm, Colitis ulcerosa, M. Crohn, Magenschleimhautentzündung, chron. Leberentzündung Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Erkrankungen des Stoffwechsels z.B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Fettstoffwechselstörung Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Erkrankungsgruppe

Erkrankungen der Nieren, ableitenden Harnwege oder Geschlechtsorgane z.B. Nierensteine, Niereninsuffizienz (Nierenschwäche), chronische Harnwegsinfekte, Endometriose, sexuelle Funktionsstörung Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Erkrankungen der Atemwege z.B. Chronische Bronchitis, Asthma, Schlafapnoe Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Erkrankungen des Nervensystems z.B. Parkinson, Epilepsie, Lähmungen, Z.n. Schlaganfall, Nervendurchtrennung, Polyneuropathie, Multiple Sklerose Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Erkrankung des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes z.B. Arthrose (Hüfte, Knie, Schulter), Rheuma, Morbus Bechterew, Osteoporose, Bandscheibenvorfall Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Erkrankungen des Blutes z.B. Blutgerinnungsstörungen (Hämophilie A/B, Willebrand-Jürgens-Syndrom, Faktor-V-Leiden-Mutation), Anämie Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Erkrankungen der Haut z.B. Nesselsucht, Ekzem, Schuppenflechte (Psoriasis) Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Infektionserkrankungen z.B. Hepatitis, HIV Andere: _____	Nein ☐ Ja ☐
Tumorerkrankung, Krebs Welche: _____	Nein ☐ Ja ☐
Unverträglichkeiten/Allergien Welche: _____	Nein ☐ Ja ☐
Sonstige Erkrankungen: Welche: _____	Nein ☐ Ja ☐

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

14. Wurden Sie operiert?

☐ Nein ☐ Ja, wenn Ja bitten in der Tabelle unten angeben.

Art der Operation	Datum
Bsp. Hüftoperation rechts	17.04.2025

15. Beruf: _____

16. Sind Sie aktuell krankgeschrieben? Nein ☐ Ja ☐, seit: _____

17. Beziehen Sie eine Rente? Nein ☐ oder

Reguläre Altersrente ☐ seit: _____

Rente bei teilweiser Erwerbsminderung ☐ Rente bei voller Erwerbsminderung ☐

seit: _____ unbefristet ☐ befristet ☐ bis _____

18. Läuft zurzeit ein Rentenverfahren, ein behördliches (Polizei, Ausländerbehörde, ...) oder gerichtliches (z.B. bei Sozialgericht, Vormundschaftsgericht, ...) Verfahren?

Nein ☐ Ja ☐, Verfahren: _____ seit: _____

19. Besteht ein Grad der Behinderung? Nein ☐ Ja ☐, Behinderungsgrad: _____ seit: _____

20. Besteht ein Pflegegrad? Nein ☐ Ja ☐, Grad: _____ seit: _____

21. Familienstand: ledig ☐ verheiratet/feste Partnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

22. Haben Sie Kinder?

Nein ☐ Ja ☐, wenn Ja geben Sie bitte den Vornamen, das Geschlecht und das Geburtsdatum Ihrer Kinder an

Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum/Alter

23. Welchen Freizeitaktivitäten gehen Sie nach (Hobbys, Vereine, Interessen, etc.)?

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!