PSYCHIATRISCHE KLINIK
LÜNEBURG

**Klinik für Psychiatrie und**
**Psychotherapie (KPP) | Tagesklinik 1**

# Fragebogen zu Ihrer Vorgeschichte für geplante Aufnahme in unserer Tagesklinik

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Zum besseren Kennenlernen möchten wir Sie vorab um einige Angaben zu Ihrer Gesundheit/Krankheit und Ihren Lebensumständen bitten.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

**Persönliche Daten** Geplantes Vorgespräch TK 1 am: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Adresse: _____

_____

Telefonnummer (unter der Sie am besten zu erreichen sind):_____

Hausarzt: _____

Psychiater: _____

amb. Psychotherapeut: _____

Gesetzlicher/Ambulanter Betreuer oder sonstige Unterstützung (APP, Familienhilfe):

_____

Wer hat Ihnen geraten, sich in der Tagesklinik zu melden? _____

Wann könnten Sie frühestens mit der Behandlung in unserer TK starten? _____

Wann können Sie in den nächsten 9 Monaten **nicht** in die Tagesklinik kommen (aufgrund von Urlauben/Kinderbetreuung o. Ä.)? _____

Familienstand: ☐ ledig / ☐ verheiratet / ☐ getrennt lebend / ☐ geschieden / ☐ verwitwet

Aktuelle Lebens- und Wohnsituation: ☐ allein / ☐ mit Partner / ☐ mit Eltern / ☐ allein mit Kindern

Kinder (Alter/Geschlecht): _____

_____

Höchster Schulabschluss: _____

Berufsausbildung: _____

Aktuelle berufliche Tätigkeit: _____

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? Seit wann: _____

Besteht Berentung? ☐ nein / ☐ ja, Altersrente / ☐ ja, Zeitrente / ☐ laufendes Rentenverfahren / ☐ Rentenwunsch

**Angaben zu Beschwerden**

Beschreiben Sie Ihre aktuellen **seelischen** Beschwerden/Symptome.

_____

_____

_____

_____

**Wie lange** leiden Sie schon unter diesen Beschwerden? Kennen Sie diese schon aus der Vergangenheit?

_____

_____

_____

Was denken Sie, ist der Grund Ihrer **aktuellen** Beschwerden?

_____

_____

Gab es in Ihrem Leben bedrängende, überwältigende Erfahrungen oder Erlebnisse, die Sie bis heute beschäftigen?

_____

_____

_____

_____

Kennen Sie aktuell oder aus der Vergangenheit Suizidgedanken? Gab es Suizidversuche?

---

**Lebensgeschichtliche Entwicklung**

Wie würden Sie Ihre Mutter beschreiben (bitte Adjektive nutzen)?

---

Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter beschreiben?

---

Wie würden Sie Ihren Vater beschreiben (bitte Adjektive nutzen)

---

Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Vater beschreiben:

---

Gab es psychische Erkrankungen der Eltern? Welche?

---

Wir würden Sie das Familienklima der Herkunftsfamilie beschreiben?

---

**Aktuelle Lebenssituation**

Haben Sie derzeit eine Partnerschaft? Wie würden Sie diese beschreiben?

---

Wie würden Sie Ihre Freundschaften beschreiben?

---

Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (bitte Adjektive nutzen)

---

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

---

Was gibt es Positives in Ihrem Leben?

---

Sind bei Ihnen bereits psychische Diagnosen gestellt worden? Welche?

_____ seit: _____

_____ seit: _____

Haben Sie körperliche Erkrankungen/Beschwerden? Wenn ja, welche?

_____

Trinken Sie Alkohol, nehmen Sie Drogen oder Beruhigungsmittel, rauchen Sie? Wenn ja, welche und wie oft?

_____

_____

Nehmen Sie Medikamente gegen die psychischen und/oder körperliche Beschwerden ein (auch Bedarfsmedikation):

| Medikamenten-name | morgens | mittags | abends | Zur Nacht | seit/bis wann |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Vorbehandlung**

Waren Sie schon einmal in stationärer und/oder teilstationärer Behandlung und/oder hatten eine Reha-Maßnahme?

| Name der Klinik | Fachrichtung/ Was wurde behandelt? | Behandlungszeit |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PSYCHIATRISCHE KLINIK
LÜNEBURG

Bei welchen Ärzten/Psychologen waren Sie bereits wegen der Beschwerden in Behandlung?

| Name der Behandler | Fachrichtung<br><br>(wenn bekannt) | Beginn der Behand-lung | Zeitraum |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Welche Ziele möchte Sie mit Unterstützung durch die tagesklinische Behandlung erreichen?
Bitte nennen Sie 3 Ziele.

_____

_____

_____

_____

**Bitte bringen Sie zur Aufnahme Vorbefunde und ärztliche Berichte mit.**

**Vielen Dank für Ihr Mitwirken.**

**Bitte Rücksendung per Mail an**: TK1P@pk.lueneburg.de **oder postalisch an**:

Psychiatrische Klinik Lüneburg
Tagesklinik 1
Salzbrückerstraße 1
21335 Lüneburg

_____

**Nur zur internen Bearbeitung – dieser Abschnitt wird nur von Mitarbeitenden der TK 1 ausgefüllt:**

Vorgespräch stattgefunden am:_____ Vorstellung im Team am: _____

Interviewer: _____

Verdachtsdiagnose (ICD-10):_____

Entscheidung: Aufnahme ja/nein Sonstige Empfehlungen: _____