

Krankenhaus Bad Cannstatt
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Sekretariat
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart

Krankenhaus Bad Cannstatt

Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. Andreas Stengel
Prießnitzweg 24
D – 70374 Stuttgart
Telefon 0711/ 278-22701
Telefax 0711/ 278-22172

Selbstauskunft

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Selbstauskünfte bearbeitet werden können!

Falls möglich, bitte per E-Mail senden an: s.hirth@klinikum-stuttgart.de

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Notwendigkeit einer stationären/teilstationäre Behandlung. Um herauszufinden, ob wir Ihnen in unserer Klinik ein geeignetes Behandlungsangebot machen können, kann möglicherweise auch ein Vorgespräch sinnvoll sein. Sollte ein solches Vorgespräch aus unserer Sicht notwendig sein, wird ein Termin mit Ihnen vereinbart.

Eine ambulante Therapie ist in unserer Klinik nicht möglich. Wir besitzen dafür keine Kassenzulassung.

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Email: _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

oder/und

Privatversicherung _____

zusatzversichert für
stationäre Behandlung

Falls privatversichert oder zusatzversichert, bitte auswählen:

Chefarztbehandlung

1-Bett-Zimmer

2-Bett-Zimme

So erreichen Sie uns:
S-Bahnlinien S2 und S3 bis Nürnberger Straße
U-Bahnlinie U1 bis Nürnberger Straße
Besucherparkplatz vor dem Hauptgebäude

1. Beschwerden

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.

Sollten Sie bereits stationär oder teilstationär behandelt worden sein bzw. eine ambulante Abklärung erfolgt sein, so bitten wir dringend um die Überlassung der Befunde/Entlassberichte. Ohne diese Vorbefunde kann Ihre Selbstauskunft nicht weiter bearbeitet werden. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

2. Wie ist Ihr aktueller Familienstand (Mehrfachnennungen möglich)?

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

3. In welcher Partnersituation leben Sie?

- kurzfristig kein Partner
- langfristig/dauerhaft kein Partner
- wechselnder Partner
- fester Partner (Ehepartner)
- fester Partner (nicht Ehepartner)

Alter des Partners: _____

Alter des Partners: _____

4. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- noch in der Schule
- kein Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife / polytechnische Oberschule
- Abitur / Fachhochschulreife
- sonstiger Abschluss: _____

5. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation:

- berufstätig in Vollzeit als _____
- berufstätig in Teilzeit als _____
- berufstätig, gelegentlich
- Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- in Ausbildung
- Wehrdienst / Zivildienst / Freiw. Soz. Jahr / Berufsvorbereitungsjahr
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbsunfähigkeitsrente / Berufsunfähigkeitsrente befristet?
- Frührente / Altersrente
- Sonstiges: _____

6. Sind Sie aktuell krankgeschrieben? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____

7. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja nein
 bewilligt abgelehnt Widerspruch

8. Haben Sie Kinder? ja nein
Wenn ja, geben Sie bitte Anzahl und Alter der Kinder an:

**9. Bestehen Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente etc.) oder psychiatrische Vorerkrankungen (Psychose, Schizophrenie, bipolare Störung etc.)?
Wenn ja, bitte auflisten:**

Bei Suchterkrankung: Häufigkeit: _____ Menge: _____

10. Bestand/besteht selbstverletzendes Verhalten?
 ja nein aktuell auch?

11. Besteht eine regelmäßige Mahlzeitenstruktur?
 ja nein

12. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

ja:

Wenn ja, welche Therapieform, wann und wo?

Ambulant _____

Stationär _____

Teilstationär _____

Wenn ja, bitte Berichte der stationären/tagesklinischen Behandlungen beifügen; ohne diese Befunde ist eine weitere Bearbeitung nicht möglich! Bei aktuell laufender ambulanter Psychotherapie bitte kurze schriftliche Stellungnahme des behandelnden Psychotherapeuten beifügen/vorlegen!

Nein

13. Befinden Sie sich aktuell auf anderen Wartelisten für eine psychosomatische Behandlung (Station oder Tagesklinik)?

ja

nein

14. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche _____
und seit wann? _____

15. Hier haben Sie Platz für die Schilderung weiterer Punkte:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir in der Selbstauskunft angegebenen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift