

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

## 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](mailto:s.hirth@klinikum-stuttgart.de)

Dieser Fragebogen dient zur Vorabschätzung der Notwendigkeit einer ambulanten oder stationären bzw. teilstationären Behandlung.

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-Zimmer

**Welches Behandlungsangebot würde Ihren Wünschen/Vorstellungen entsprechen (die Indikation wird dann im Vorgespräch festgelegt)?**

Ambulant  Stationär  Teilstationär (Tagesklinik)

## 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 aktuelle 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 aufführen:

\_\_\_\_\_

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 (Ambulanz, 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