



## 1. Angaben zur Person

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Name, Vorname: ..... Geb.Datum: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Telefon tagsüber: ..... Telefon mobil: .....

E-Mail: .....

## 2. Angaben zum Versicherungsstatus

Versicherungsstatus:  gesetzlich  privat

Name der Krankenkasse .....

Versicherungsnummer: .....

## 3. Bitte geben Sie Ihren überweisenden Arzt und aktuellen Therapeuten (falls unterschiedlich) an:

### überweisender Arzt:

### ambulant behandelnder Therapeut:

Fachrichtung: ..... Fachrichtung: .....

Name, Vorname: ..... Name, Vorname: .....

Straße: ..... Straße: .....

PLZ, Ort: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon, Telefax: ..... Telefon, Telefax: .....

## 4. Angaben zur aktuellen Lebenssituation

### a) Familienstand

ledig  mit Partner/in  verheiratet  in Lebensgemeinschaft  
 getrennt lebend  geschieden  verwitwet  wieder verheiratet

### b) Wohnsituation

alleinlebend  mit Partner/in  mit der Familie zusammen  
 bei den Eltern  mit Kind/ern  Wohngemeinschaft

### c) Kinder

NEIN  JA (Anzahl und Alter): .....

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  NEIN  JA, in der ..... SSW



## d) Berufliche Situation

derzeit ausgeübter Beruf: .....

Besteht derzeit eine Arbeits-/Studier-/Schulunfähigkeit?  **JA**, seit .....  NEIN

Sind Sie motiviert, (wieder) zu arbeiten?  JA  NEIN

## 5. Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt?

**ambulant:**  NEIN  JA – Befinden Sie sich **aktuell** in ambulanter Behandlung?  NEIN  JA

**stationär:**  NEIN  **JA** → bitte nachstehende Liste ausfüllen:

Behandlungszeitraum:	Name der behandelnden Klinik:	Psychosomatisch (PSO) oder psychiatrisch (PSA)?
		<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> PSA
		<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> PSA
		<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> PSA
		<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> PSA
		<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> PSA
		<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> PSA
		<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> PSA



**Hinweis:** Im Falle **stationärer** psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlungen senden Sie uns bitte mit Ihren Aufnahmeunterlagen die jeweiligen **Entlassungsberichte der letzten 3 Jahre**.

## 6. Gibt es wichtige körperliche (Vor-)Erkrankungen, Einschränkungen/Beeinträchtigungen oder Behinderungen?

NEIN  **JA**, und zwar:

.....  
.....



Haben Sie Allergien?

NEIN

JA

Falls **JA**, welche Allergien liegen vor?

.....  
.....

**7. Nehmen Sie aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein?**

NEIN

JA: Name des Medikaments:

Dosierung:

.....  
.....  
.....

**8. Werden aktuell andere/sonstige Therapien in Anspruch genommen?**

NEIN  **JA, und zwar:**

.....  
.....  
.....  
.....

**9. Gibt es Auffälligkeiten in Ihrem Essverhalten?**

NEIN

JA:  Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln  
 Erbrechen (**Zusatz:**  häufiger als 1x täglich)  
 Unregelmäßigkeit der Mahlzeiten

Diäten  
 Hungerphasen  
 Essanfälle

Körpergröße und Gewicht: ..... **cm** ..... **kg**

**10. Umgang mit Suchtmitteln**

a) Trinken Sie Alkohol?  nie  gelegentlich  wöchentlich  täglich

Wenn **wöchentlich oder täglich**: wie viel und was? .....

b) Nehmen Sie Drogen?  nie  gelegentlich  wöchentlich  täglich

Bei **Einnahme** von Drogen: was, wie häufig und wann zuletzt?  
.....



# Fragebogen Psychosomatische Institutsambulanz

## 11. Verletzen Sie sich selbst?

NEIN

JA: in welcher Art? .....

wie oft? .....

wann zuletzt? .....

## 12. Haben Sie Zwänge?

NEIN

JA: in welcher Art? .....

wie oft? .....

Wieviel Zeit wird hierdurch  
pro Tag beansprucht? .....

## 13. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

NEIN

JA: wie oft? .....

wann zuletzt? .....

Halten Sie sich aktuell für suizidgefährdet?  NEIN  JA

## 14. Bitte beschreiben Sie kurz Ihre wichtigsten Probleme, aufgrund derer Sie eine Behandlung in der Psychosomatischen Institutsambulanz wünschen (psychisch/körperlich):

.....

.....

.....

.....

## 15. Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für die Behandlung? Beschreiben Sie diese kurz und konkret.

.....

.....

.....

.....

**Herzlichen Dank für die Beantwortung unseres Fragebogens!**



Name, Vorname: ..... Geb.Datum: .....  
(Bitte wiederholen Sie für die korrekte Zuordnung an dieser Stelle Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum)

## UNTERSCHRIFTEN

### DATENSCHUTZ

**Mit der Bearbeitung meiner Antragsunterlagen und der damit verbundenen notwendigen Datenverarbeitung erkläre ich mich einverstanden.** Detaillierte Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in der beiliegenden **"Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten"**.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die beiliegende Datenschutzerklärung gelesen haben und in die Verarbeitung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.**

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum: ..... Unterschrift: .....

---

### VORAUFGENTHALTE IN DEN HEILIGENFELD KLINIKEN

Wurden Sie bereits in einer Heiligenfeld Klinik stationär behandelt?  NEIN  JA

**Gerne fordern wir für Sie vorhandene Heiligenfelder Entlassberichte an.**

#### Stationärer Aufenthalt in der

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parkklinik Heiligenfeld Bad Kissingen        | <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Berlin      |
| <input type="checkbox"/> Fachklinik Heiligenfeld Bad Kissingen        | <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Uffenheim   |
| <input type="checkbox"/> Rosengartenklinik Heiligenfeld Bad Kissingen | <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Waldmünchen |
| <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen           |  |

#### **Schweigepflichtentbindung zur Anforderung von Entlassberichten aus den Heiligenfeld Kliniken:**

Ich entbinde hiermit oben angekreuzte Klinik(en) von der Schweigepflicht, soweit dies für die vorstationäre medizinische Prüfung meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Entlassberichte und ähnliche Unterlagen, welche die oben angekreuzte(n) Klinik(en) über mich besitzen, zur Sachaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen den Mitarbeitern der Heiligenfeld Kliniken GmbH zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung freiwillig abgegeben wird und jederzeit widerrufen werden kann.

Datum: ..... Unterschrift: .....