



CAMPUS INNENSTADT
 KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
 PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE



Fragebogen zur Anmeldung eines DBT-Vorgesprächs

Name:

Geburtstag: Größe: Gewicht:

Adresse:.....

Telefonnummer:

Unter welchen Schwierigkeiten/Problemen leiden Sie derzeit?

Welche Ziele/Erwartungen haben Sie an eine Therapie für Ihre Beschwerden?

Waren Sie bereits in Behandlung? ja nein

Welche Diagnosen wurden gestellt?

(Bitte senden Sie uns die dazugehörigen **Abschlussberichte** zu. Bei mehreren Behandlungen ist besonders der letzte Bericht relevant. Falls Sie noch nie in stationärer Behandlung waren, benötigen wir eine **schriftliche Bestätigung** der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung/-akzentuierung von ihrem ambulant behandelnden Therapeuten/Psychiater.)

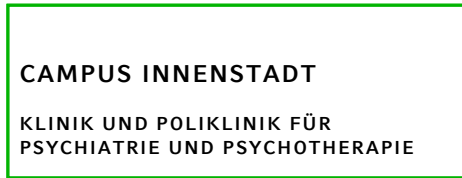
- Stationär:

- Ambulant:

Befinden Sie sich aktuell in (teil-)stationärer Behandlung in unserem Haus?

nein ja Station:.....

Bitte füllen Sie auch Seite 2 aus.



Befinden Sie sich aktuell in ambulanter Psychotherapie? ja nein
Wenn ja, bei wem?

Name:.....
Tel.:.....

Aktuelle Medikation:

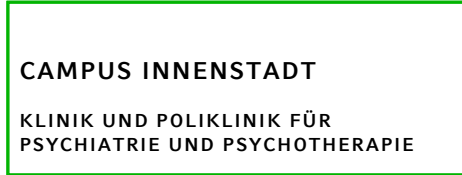
Haben Sie schon mal einen Suizidversuch unternommen? ja nein
Wenn ja, wann und wie?

Konsumieren Sie derzeit Alkohol oder Drogen? ja nein
Wenn ja, in welcher Menge?

Waren Sie schon einmal in einer Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung? ja nein
Wenn ja, wo und wann?

Waren Sie jemals in eine handgreifliche Auseinandersetzung verwickelt?
ja nein
Wenn ja, worin genau?

Bitte füllen Sie auch Seite 3 aus.



Liegen derzeit Schwierigkeiten mit dem Essen vor? ja nein
 Wenn ja, wie sehen diese aus?

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Im Hinblick auf die Entscheidung, ob ein DBT-Programm in unserem Haus als für Sie sinnvoll zu erachten ist, kann uns der Austausch mit ehemaligen/aktuellen Psychologen oder Ärzten hilfreiche Informationen zu ihrem Krankheitsbild liefern.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die für das DBT-Programm verantwortlichen Psychologinnen Frau M. Sc. Psych. Sandrina Hüttner und Frau M. Sc. Psych. Michelle Schöneich der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit folgenden Behandlern (Arzt, Psychologe) Kontakt aufnehmen und sich gegenseitig über meine Symptomatik/Behandlung austauschen dürfen.

Name (Arzt/Psychologe):.....Tel.:.....

Name (Arzt/Psychologe):.....Tel.:.....

Name (Arzt/Psychologe):.....Tel.:.....

Name:.....Datum:.....

Unterschrift:.....

Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per Post, Fax oder persönlich zukommen zur Vereinbarung eines Vorgesprächs.

Station B3
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Nußbaumstr. 7
 80336 München

Tel: 089/4400-53355
 Fax: 089/4400-55343