



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

Nur vom Klinikpersonal auszufüllen!

- Aufnahmeliste
 Vorgespräch: tel. persönl.
 Eilt pfl. I. res. I.
 Springer

Sonstiges: _____

Verdachtsdiagnose: _____

Bitte ein aktuelles
Foto einfügen

Patientenfragebogen - Zusendung des Fragebogens nur per Fax: 06322/607506 oder **per Post** (z.Hd. Sek. PSM, Dr. Kaufmann-Str. 2, 67098 Bad Dürkheim) möglich!

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Droht bei Ihnen Wohnungslosigkeit?: Ja Nein

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Telefonnummern Festnetz/Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Corona-Impfstatus:

Besteht bei Ihnen Corona-Impfschutz?

Nein Ja Impfstatus: vollständig oder unvollständig?

Datum der letzten Corona-Impfung? _____

Versicherung:

gesetzlich versichert Familienmitglied privat versichert

private Zusatzversicherung (Leistung: 1Bett-Zi.; 2Bett-Zi.; Chefarztbehandlung)

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 1 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

Sind Ihre Beschwerden auf Grund eines Arbeits- oder Wegeunfalls entstanden?

Nein Ja

Wenn ja, Name und Telefonnummer des zuständigen Sachbearbeiters bei der Berufsgenossenschaft

Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r) oder eine Person Ihres Vertrauens

Name, Adresse, Telefonnummer (Festnetz/Handy):

Angaben zum einweisendem Arzt (Bitte genaue Angaben):

Name, Vorname: _____

Facharzt für: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

Angaben zu weiteren Behandlern (Psychotherapeuten, Ärzte, Ergotherapeuten usw.)

Berufsbezeichnung: _____

Name, Vorname: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

Berufsbezeichnung: _____

Name, Vorname: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 2 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

1. Körperliche Vorgeschichte

Größe: cm Gewicht: kg

a) **Unter welchen seelischen und/oder körperlichen Beschwerden leiden Sie?**

Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden, die Sie dazu bewogen haben, eine Behandlung anzutreten:

b) **Gibt es Auslöser/Ursachen, die zu Ihren aktuellen Beschwerden geführt haben?**

c) **Hatten Sie in Ihrem Leben schon einmal solche oder ähnliche Beschwerden?**

Wenn ja, wie oft und wann?

d) **Kennen Sie eines oder mehrere dieser Symptome? (bitte ankreuzen)**

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Schmerzen<input type="radio"/> Ohrgeräusche<input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit<input type="radio"/> Lärmempfindlichkeit<input type="radio"/> Kloßgefühl im Hals<input type="radio"/> Engegefühl in der Brust<input type="radio"/> Gleichgewichtsstörungen<input type="radio"/> Kurzatmigkeit<input type="radio"/> Herzklopfen/Herzrasen<input type="radio"/> Appetitlosigkeit | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Heißhungerattacken<input type="radio"/> Bauchschmerzen<input type="radio"/> Übelkeit<input type="radio"/> Verstopfung<input type="radio"/> Durchfall<input type="radio"/> Erhöhter Harndrang<input type="radio"/> Nächtliches Wasserlassen<input type="radio"/> Sexuelle Probleme<input type="radio"/> Juckreiz<input type="radio"/> Schwindel |
|---|---|

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 3 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

e) Sind bei Ihnen akute oder chronische Erkrankungen / Operationen bekannt?

Nein Ja: Bitte bringen Sie möglichst alle Vorbefunde mit!
(Bsp. Arztbriefe, Röntgenbefunde, etc.,)

Wenn Ja, Welche?:

| <u>Krankheit / Operation</u> | <u>Wann bzw. seit Wann?</u> |
|------------------------------|-----------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

f) Haben Sie Allergien?

Nein Ja:

Wenn ja, welche?: _____

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergien?

Nein Ja:

Wenn ja welche?: _____

Bestehen bei Ihnen besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. vegan)?

Nein Ja:

Wenn ja welche?: _____

g) Nehmen Sie Vorsorge-Untersuchungen in Anspruch? Wann zuletzt?

(z.B. Urologische Vorsorge, Zahnarztkontrolle, Darmspiegelung)

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 4 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

h) Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen? (Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Suchterkrankungen, seelische Erkrankungen, usw.)

Nein Ja: Wenn ja, Welche?

| Angehörige (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder, usw.) | Alter | Erkrankung |
|---|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

i) Gynäkologische Vorgeschichte (nur von Frauen auszufüllen!)

Waren Sie schon einmal schwanger?

Nein Ja:

Wie ist/sind die Geburt/en verlaufen?

Gab es Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?

Nein Ja:

Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung? Ergebnis?

j) Benötigen Sie bei der alltäglichen Verrichtung (Körperpflege, An- und Auskleiden) Unterstützung?

Nein Ja: Wobei: _____

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 5 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

k) Haben Sie Wunden, die regelmäßig verbunden werden müssen (bitte zutreffendes ankreuzen)?

- Ja
 ich kümmere mich um die Wundversorgung selbst
 ich brauche bei der Wundversorgung Unterstützung

l) Besteht ein Pflegegrad?

Nein Ja: Welcher: _____

n) Welche Medikamente nehmen Sie?

| Medikamentenname? | Dosierung? | Seit wann? | Hilfreich ja oder nein? |
|-------------------|------------|------------|----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ggf. aktuellen Medikationsplan anhängen!

o) Genussmittel/ Medikamenten die nicht ärztlich verordnet sind:

Nikotin:

nein ja Art und Menge: _____ (Wie viele Zigaretten/E-Zigarette pro Tag?)

abstinent seit: _____

Alkohol:

nie abstinent seit: _____ selten gelegentlich

regelmäßig Art und Menge: _____ (Was trinken Sie in etwa pro Woche?)

Drogen/nichtverordnete Medikamente:

nie abstinent seit: _____ selten gelegentlich

regelmäßig Art und Menge: _____

Datum der letzten Drogeneinnahme: _____

Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel:

nein ja Art und Menge: _____ (welche? Wie oft?)

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 6 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

2. Psychische Vorgeschichte

a) Haben Sie psychotherapeutische Vorerfahrung?

Nein Ja:

Wenn ja, welche?

| Ambulant | Stationär | Wann und wie lange? | Bei wem bzw. wo? |
|-----------------|------------------|----------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

b) Was erschien Ihnen hierbei hilfreich?

c) Kreuzen Sie bitte an, ob bzw. welche Schwierigkeiten Sie in Ihrer Kindheit oder Jugend hatten

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Gewalterfahrungen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen/Alpträume | <input type="checkbox"/> Suchtmittel (Alkohol/Drogen) |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Aufmerksamkeit (ADHS/ADS) |
| <input type="checkbox"/> Stimmeln/Stottern | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten in der Schule (Schulangst, Ausgrenzung, Hänseleien) |
| <input type="checkbox"/> Wutausbrüche | <input type="checkbox"/> Unsicherheiten in der sexuellen Orientierung |
| <input type="checkbox"/> Erröten | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Übermäßiger Bewegungsdrang | <input type="checkbox"/> Mangelnde sexuelle Aufklärung |
| <input type="checkbox"/> Schüchternheit | <input type="checkbox"/> Sexuelle Tabus in der Familie |
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Keine Besonderen |
| <input type="checkbox"/> Nägelbeißen | <input type="checkbox"/> Andere: |
| <input type="checkbox"/> Leistungsprobleme in der Schule | |
| <input type="checkbox"/> Straffälligkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Weglaufen | |

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 7 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

d) Trifft eine der folgenden Verhaltensweisen momentan auf Sie zu?

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Selbstverletzung<input type="radio"/> Problematischer Alkohol/Drogen/Medikamentenkonsum | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Kaufsucht<input type="radio"/> Spielsucht<input type="radio"/> Diebstahlhandlungen<input type="radio"/> Tätlich aggressives Verhalten gegen andere |
|--|---|

e) Leiden Sie zurzeit an drängenden Selbstmordgedanken?

Nein Ja:

Können Sie uns versichern sich nichts anzutun?

Sicher Nicht Sicher/Nein

f) Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen?

Nein Ja: Wann?: _____

Wichtig: Bei drängenden Selbstmordgedanken holen sie sich bitte sofort Hilfe! Warten Sie nicht bis zu einer Aufnahme bei uns. Sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber, wenden Sie sich an ihren Hausarzt oder an die Telefonseelsorge: www.telefonseelsorge.de (Mailberatung/Chatberatung/Face-to-Face-Beratung) oder **Telefon: 0800/111 0 111 oder: 0800/111 0 222 oder: 116 123 (Kostenfrei)**

3. Soziale Anamnese

a.) Ausbildung/Berufliches/Finanzen:

◆ **Welchen Schulabschluss haben Sie?**

◆ **Haben Sie eine Berufsausbildung/Studium?** Nein Ja

Welche(s)?: _____

◆ **Welche Art von Tätigkeit üben Sie zurzeit aus (berufliche Stellung)?**

◆ **Fragen zur aktuellen Berufstätigkeit:**

Vollzeit , Teilzeit , Wie viele Stunden pro Woche? _____

Unterstützt das Selbstwertgefühl? Nein Ja

Haben Sie Spaß an ihrer Tätigkeit? Nein Ja

Sind Sie im Kollegenkreis integriert? Nein Ja

Bestehen Arbeitsplatzkonflikte? Nein Ja

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 8 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

◆ **Sind Sie arbeitslos?** Nein Ja

Falls Sie momentan arbeitslos sind, seit wann? _____ **Monat/Jahr**
Grund für die momentane Arbeitslosigkeit:

◆ **Sind Sie im Augenblick krankgeschrieben?** Nein Ja

Wenn ja, seit wann? _____ **Monat/Jahr**

Grund für die Krankschreibung: _____

◆ **Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) festgestellt?**

Nein Ja Wenn ja, wie viel Prozent?: _____ %

◆ **Überlegen Sie zurzeit, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?**

Nein Ja

◆ **Haben Sie aktuell einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt/ befinden Sie sich im Rentenstreit /Widerspruchverfahren?**

Nein Ja

◆ **Beziehen Sie eine Rente?**

Nein Ja Wenn ja, Welche?: _____

◆ **Haben Sie Schulden, deren Rückzahlung nicht zufriedenstellend gelöst ist?**

Nein Ja

b.) Beziehung/Familie/Hobbies-Interessen:

◆ **Besteht derzeit eine Beziehung?**

Nein Ja

Wenn ja, wie empfinden Sie Ihre Beziehung/Partnerschaft?

unterstützend/gut: problematisch/in Auflösung:

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 9 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

◆ **Habe Sie Kinder?**

Nein Ja

Wenn ja, wie viele? _____ Alter? _____

Wie ist die Beziehung zu Ihren Kindern?

Problematisch: Unproblematisch:

◆ **Wie sehen Sie die Beziehung zu der Familie**

(zu den Eltern, Geschwistern etc.)

Problematisch: Unproblematisch:

◆ **Nehmen Sie am sozialen Leben teil? Besteht ein Freundeskreis?**

Nein Ja

◆ **Nennen Sie die wichtigsten Freundschaften:**

◆ **Haben Sie Hobbies/Interessen?**

Nein Ja

Wenn ja, welche?

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 10 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

4. Fragen zur Aufnahme

a. Gibt es Termine, an denen Sie keinesfalls mit der stationären Aufnahme starten können?

b. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

5. Eigenbericht

a. Lebensgeschichte

Welche belastenden Lebensereignisse haben eventuell Einfluss auf Ihre aktuellen Beschwerden?

Gibt es ermutigende, aufbauende Lebensereignisse die Sie geprägt haben?

Wie war die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 11 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

Welche Bezugspersonen waren für Sie wichtig?

Welche Glaubens- und Leitsätze haben Sie, welche Werte sind Ihnen wichtig?

b. Aktuelle Beschwerden und Lebenssituation

Wie beeinträchtigen die aktuellen Beschwerden Ihren Alltag (z.B. Freizeit, Beziehung, Arbeit?)

Was macht Ihre Beschwerden schlimmer?

Was lindert Ihre Beschwerden?

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 12 von 13 |



| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim | Patientenfragebogen PSM | KHBD-PM-0004 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------|

Was tun Sie selbst, um Ihre Beschwerden zu reduzieren und besser zurecht zu kommen?

c. Kraftquellen und Ressourcen

Was ist gut an mir? Was finde ich gut an mir?

Was soll so bleiben wie es ist, weil ich es wertvoll und hilfreich finde?

Was soll sich durch meine Therapie ändern? (Nennen Sie 2-3 möglichst konkrete Ziele)

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| KHBD-PM-0004 | Aktualisiert: S. Kindel | Geprüft: P. Deibler | Freigabe: Dr. Deibler |
| Stand vom: 06.09.2021 | Version: 007 | Gültig ab: siehe Stand | Seite 13 von 13 |