



Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Vorname: _____ Nachname: _____

Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie momentan?

Bestehen bei Ihnen Gesundheitsrisiken? (z.B. Rauchen, Bluthochdruck, hohe Blutfette etc.)

Durch wen wurde die Behandlung zuerst angeregt?

- von Ihnen seitens der Familie vom Partner
- vom Hausarzt vom Arbeitgeber vom Arbeitsamt

Was war der aktuelle Anlass für die Behandlung? (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Partnerschaftsprobleme etc.)

Krankheitsgeschichte der Familie:

Bitte geben Sie das Alter, ggf. bekannte ernsthafte Erkrankungen, Sterbejahr bzw. Todesursache der Angehörigen an. Ergänzen Sie bitte weitere Geschwister oder Kinder.

Fam.-Mitglied	Alter	leidet / litt an	ggf. Sterbejahr	Todesursache
Mutter				
Vater				
Geschwister				
Kinder				

Eigene Krankheitsgeschichte: Welche Erkrankungen hatten Sie im Kindesalter?

Erkrankung	Alter	Behandlung	Bemerkung

Welche Operationen hatten Sie bisher?

Erkrankung	Behandlungszeitpunkt	Behandlungsort (PLZ, Ort)

Welche Erkrankungen hatten/haben Sie im Erwachsenenalter? (z.B. Diabetes, Stoffwechselerkrankung, Brüche, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lebererkrankung, Entzündungen, Ohr- oder Augenprobleme etc.)

Erkrankung	Beginn der Erkrankung	Behandlungsort (PLZ, Ort)	Folgeschäden

Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen? ja nein

Wenn ja,

wann	warum, was war der Anlass	wie



Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Hatten sie schon einmal ein Heilverfahren? (Kuren)

Erkrankung	letzte Behandlung	Behandlungsort (PLZ, Ort)

Gynäkologische Vorgeschichte:

Alter bei der ersten Regelblutung? _____ letzte Periode? _____

Haben Sie Ihre Periode regelmäßig? ja nein

Zyklusdauer? _____

Haben Sie momentan Beschwerden? _____

Anzahl der Schwangerschaften? _____ Anzahl der Geburten? _____

Bitte machen Sie kurze angaben über den Verlauf der Schwangerschaften und Geburten,
auch Fehl- oder Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche: _____

Verhüten Sie? ja nein

Wenn ja, wie Verhüten Sie? _____

Wann hatten Sie Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? _____

Soziale Daten

Wie ist Ihr gegenwärtiger Familienstand?

ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____

getrennt lebend seit _____ verwitwet seit _____

Haben Sie z. Zt. eine Partnerschaft? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Partnerschaft? ja nein

Haben Sie Kinder? ja nein

Welche Kinder leben in Ihrem Haushalt?



Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Bitte machen Sie kurze Angaben zur Wohnsituation (*Haus, Mietwohnung, bei den Eltern, mit/ohne Partner etc.*)

Bestehen besondere familiäre Belastungen? (z. B. *Schulden, Pflege von Angehörigen, finanzielle Unterstützung von Angehörigen*)

Haben Sie momentan ein laufendes oder bevorstehendes Gerichtsverfahren?

ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Sind Sie vorbestraft? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwerbehinderung? ja nein

Wenn ja, zu wie viel Prozent? _____ % seit: _____

wegen: _____

Haben Sie einen Führerschein? ja nein

Wurde Ihnen der Führerschein entzogen? ja nein

Wenn ja, warum und wann? _____

Haben Sie einen Antrag auf berufliche Rehabilitation gestellt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Beziehen Sie Rente? ja nein

Wenn ja, welche Form von Rente beziehen Sie? (Altersrente, EU Rente etc.) _____

Wenn ja, ist die Rente zeitlich befristet ja nein

Wenn ja, bis wann ist die Rente zeitlich befristet _____

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? ja nein

Wenn ja, wann haben Sie die Berechtigung beantragt? _____



Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Vegetative Anamnese

Wie verhält sich Ihr Gewicht?

- konstant schwankend _____ (Kilo)
 gewollte Zunahme _____ (Kilo) gewollte Abnahme _____ (Kilo)
 Sonstiges _____

Welchen Appetit haben Sie?

- normal ausreichend reduziert
 Sonstiges _____

Wie haben Sie Stuhlgang?

- normal gehäuft breiig nur mit Medikamenten
 Sonstiges _____

Wie können Sie Wasserlassen?

- normal gehäuft mit Schmerzen
 Sonstiges _____

Wie können Sie nachts schlafen?

- ausreichend mit Unterbrechung nur mit Medikamenten
 Sonstiges _____

Wie empfinden Sie Ihr Sexualleben?

- normal gesteigert gehemmt enthemmt desinteressiert
 Sonstiges _____

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren rauchen Sie? _____

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Wie lange war Ihre längste Abstinenzphase? _____

Gab es freiwillige rauchfreie Tage? ja nein

Wünschen Sie eine Entwöhnung? ja nein



Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Trinken Sie Kaffee? ja nein

Wenn ja, wie viel trinken Sie täglich? _____

Wann haben Sie das letzte Mal Alkohol getrunken? _____

Was, und welche Menge haben Sie getrunken? (täglich/wöchentlich)

Haben Sie Allergien? ja nein

Allergie	Beginn der Allergie	Behandlung

Medikation: Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt. ein?

Medikament	Dosierung (morgens - mittags - abends)	Weshalb nehmen Sie das Medikament ein?

Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt bzw. die Fachärzte bei denen Sie zuletzt in Behandlung waren:

Arzt	Behandlungsgrund	Behandlungsort (PLZ, Ort)

Beruflicher Status:

Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

Welchen Ausbildungsberuf haben Sie? _____

Ihr letzter berufl. Status (*Angestellter, Arbeiter, Beamter etc.*)? _____

In welchem Beruf waren Sie zuletzt tätig? _____



Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Sind Sie z.Zt. arbeitslos? ja nein

Wenn ja, seit wann sind Sie arbeitslos? _____

Welche Einkünfte beziehen Sie z.Zt. (*Rente, Gehalt etc.*)? _____

Sind Sie zum Zeitpunkt der Aufnahme krankgeschrieben?: ja nein

Wegen welcher Erkrankung sind Sie krankgeschrieben? _____

Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig? _____

Wegen welcher Erkrankung(en) waren Sie arbeitsunfähig? _____

Ist Ihnen ein Betreuer zugeteilt? ja nein

Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Namen und die Adresse des Betreuers und für welche Bereiche dieser zuständig ist. _____

Falls Sie an einer Abhängigkeitserkrankung leiden oder litten:

Können Sie Folgen Ihrer Suchtkrankheit benennen? (*Sozialer Rückzug, Depressionen, Arbeitsplatzverlust etc.*)

Gab es während eines Entzuges schon einmal Komplikationen? (*Delir, Krampfanfälle etc.*)

ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Entgiftung? ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

Wo und wann wurde die Entgiftung durchgeführt?
(*Bitte nur die letzten beiden Entgiftungen angeben*)

Klinik (PLZ und Ort)	Dauer der Behandlung



Ärztlicher Aufnahmefragebogen

Hatten Sie schon einmal eine stationäre, teilstationäre oder ambulante

Entwöhnungsbehandlung? ja nein

Wenn ja, wie viele stationäre? _____

Wenn ja, wie viele teilstationäre? _____

Wenn ja, wie viele ambulante? _____

Wo und wann fanden die Entwöhnungen statt?

Klinik bzw. Fachambulanz/Beratungsstelle (PLZ und Ort)	Dauer der Behandlung

Haben Sie schon einmal illegale Drogen konsumiert? ja nein

Wenn ja, welche Drogen haben Sie genommen und wann haben Sie diese zuletzt konsumiert?

Droge	Dosis	letzte Einnahme

Ort, Datum:

Unterschrift:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sollte meine Krankenkasse meine Aufnahme diagnose in der salus klinik anfragen, bin ich mit der Übermittlung dieser Diagnosen einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift: