

Aufnahmebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 die Fragen dieses Aufnahmebogens sollen Ihrem Behandlungsteam helfen, ein möglichst klares Bild von den Hintergründen Ihrer Erkrankungen zu bekommen. Dadurch soll eine individualisierte Behandlung ermöglicht werden.

Es ist uns bewusst, dass diese Fragen sehr persönlich sind. Ihre Angaben dienen ausschließlich der Therapieplanung und werden von uns absolut vertraulich behandelt!

Bitte bringen Sie diesen Bogen zur Aufnahme in die salus klinik mit und halten ihn für das Aufnahmegespräch mit Ihren Behandlern bereit.

Vielen Dank!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Behandlungsanlass:

Durch wen wurde die Behandlung mit angeregt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angehörige / Partner | <input type="checkbox"/> Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Psychiater / Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> JobCenter/Arbeitsagentur |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Justizbehörde |
| <input type="checkbox"/> Ärzte der Entgiftungsklinik | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Was war der **aktuelle Anlass** für die Behandlung?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Partnerschaftliche Konflikte | <input type="checkbox"/> Zunahme körperl. Beschwerden | <input type="checkbox"/> Verlust des Führerscheins |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeit am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Rückfälligkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Die Einsicht, dass es so nicht weitergehen kann | | |

Familienanamnese:

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

Eigenanamnese

Welche Erkrankungen hatten Sie im Kindesalter?

Erkrankung	Alter	Behandlung

Welche Erkrankungen hatten Sie im Erwachsenenalter?

Wann	Erkrankung	Sind Folgen zurückgeblieben?

Welche Operationen hatten Sie bisher?

Erkrankung	Behandlungszeitpunkt	Behandlungsort

Suizidversuche

Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen? Nein Ja

Wann	Wegen (Was war der Anlass)	Durch

Frühere Rehabilitationen

Hatten Sie schon einmal eine Rehabilitationsmaßnahme? Nein Ja

Wann	Wegen	Wo

Gynäkologische Anamnese (nur für Frauen ☺)

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?	Jahre
Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?	
Wie viele Geburten hatten Sie?	
Hatten Sie gynäkologische Operationen / Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wann	Eingriff / Folgen (Abbrüche, Fehlgeburten usw.)

Haben Sie (noch) Ihre Periode?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Regelmäßig	<input type="checkbox"/> Schmerzhaft	<input type="checkbox"/> Unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Verlängert	
Wann hatten Sie Ihre letzte Periode?				
Verhüten Sie?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Hormonelle Kontrazeption (Pille)	<input type="checkbox"/> Intrauterinpeessar	<input type="checkbox"/> Kondome		
<input type="checkbox"/> Spirale	<input type="checkbox"/> Sterilisation	<input type="checkbox"/> Zeit/Temperatur-Methode		
Wann hatten Sie Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?				

Vegetativanamnese				
Hat sich Ihr Gewicht verändert?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Beabsichtigte Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Unbeabsichtigte Gewichtsabnahme			
<input type="checkbox"/> Beabsichtigte Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Unbeabsichtigte Gewichtszunahme			
Wie ist Ihr Appetit?				
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ausreichend	<input type="checkbox"/> Reduziert	<input type="checkbox"/> Gesteigert	
<input type="checkbox"/> Unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Mit Essattacken	<input type="checkbox"/> Mit Appetit auf Süßigkeiten		
Wie haben Sie Stuhlgang?				
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Gehäuft	<input type="checkbox"/> Regelrecht	<input type="checkbox"/> Breiig
<input type="checkbox"/> Blutig	<input type="checkbox"/> Verstopft	<input type="checkbox"/> Schleimig	<input type="checkbox"/> Nur mit Medikamenten	
Wie können Sie Wasserlassen?				
<input type="checkbox"/> Beschwerdefrei	<input type="checkbox"/> Gehäuft	<input type="checkbox"/> Schmerzhaft		
<input type="checkbox"/> Mit gelegentlich blutigem Urin	<input type="checkbox"/> Unfreiwilliger Urinabgang			
Müssen Sie vermehrt in der Nacht wasserlassen?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> Häufiger			
Wie schlafen Sie?				
<input type="checkbox"/> Ausreichend	<input type="checkbox"/> Durch Alpträume belastet	<input type="checkbox"/> Unruhig		
<input type="checkbox"/> Flach	<input type="checkbox"/> Zu kurz	<input type="checkbox"/> Wenig erholsam		
<input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen		
<input type="checkbox"/> Kurz, aber ausreichend	<input type="checkbox"/> Durch Aufwachen in der Nacht belastet			
Wie empfinden Sie Ihr Sexualleben?				
<input type="checkbox"/> Ungestört	<input type="checkbox"/> Gesteigert	<input type="checkbox"/> Unsicher		
<input type="checkbox"/> Desinteressiert	<input type="checkbox"/> Reduziert			
Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie am Tag?			Tassen	

Allergien	
Haben Sie Allergien?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Seit	Substanz

Alkohol	
In welchem Lebensjahr begannen Sie zu trinken?	
Ab welchem Lebensjahr steigerte sich die Trinkmenge?	
Die Trinkmenge steigerte sich im Zusammenhang mit:	
Welche Menge haben Sie regelhaft getrunken?	
Was war die maximale Trinkmenge?	
Wieviel haben Sie zuletzt getrunken?	
Wann haben Sie zum letzten Mal Alkohol getrunken?	
Von wann bis wann war Ihre längste abstinente Phase?	

Nikotin	
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?	Jahren
Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?	/ Tag
Wie lange war Ihre längste Abstinenzphase (Monaten)?	Monate
Gab es freiwillige rauchfreie Tage? Wenn Ja wie viele?	Tage
Möchten Sie in der salus klinik von Tabak entwöhnen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Medikamente	
Nehmen Sie regelmäßig etwas von folgenden Medikamenten ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel	Welche?
<input type="checkbox"/> Schlafmittel	Welche?
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	Welche?
<input type="checkbox"/> Aufputzmittel	Welche?

Drogen	
Konsumieren Sie sonstige Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> THC / Cannabis	<input type="checkbox"/> Kokain
<input type="checkbox"/> Amphetamine	<input type="checkbox"/> Heroin / Sonstige
Welche Menge konsumieren Sie?	

Spielen / Wetten	
Spielen / wetten Sie regelmäßig um Geld (z.B. in Spielotheken, Casino, Internet)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, was spielen oder wetten Sie?	

Entzugsbehandlungen		
Hatten Sie schon einmal eine stationäre Entgiftung?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Anzahl der Behandlungen	Entlassungsform der letzten Behandlung	Suchtmittel der letzten Behandlung
Hatten Sie schon einmal eine stationäre Entwöhnung (Rehabilitation)?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Anzahl der Behandlungen	Entlassungsform der letzten Behandlung	Suchtmittel der letzten Behandlung

Hatten Sie schon einmal eine ambulante Entwöhnung?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anzahl der Behandlungen	Entlassungsform der letzten Behandlung	Suchtmittel der letzten Behandlung	
Hatten Sie schon einmal eine teilstationäre Behandlung?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anzahl der Behandlungen	Entlassungsform der letzten Behandlung	Suchtmittel der letzten Behandlung	

Beschwerden
Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie momentan?
Unter welchen psychischen Beschwerden leiden Sie momentan?

Sozialanamnese		
Wie ist Ihr Familienstand?		
<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend	<input type="checkbox"/> Ledig
<input type="checkbox"/> Geschieden	<input type="checkbox"/> Verwitwet	
Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?		
<input type="checkbox"/> Dauerhaft mit festem Partner	<input type="checkbox"/> Ohne festen Partner	<input type="checkbox"/> Kurzfristig ohne Partner
<input type="checkbox"/> Zeitweilige Beziehungen	<input type="checkbox"/> Alleine	<input type="checkbox"/> Getrennt
<input type="checkbox"/> In einer Wochenendbeziehung	<input type="checkbox"/> In einer gleichgeschl. Beziehung	<input type="checkbox"/> In einer instabilen Beziehung
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wie viele Kinder wohnen bei Ihnen?		
Wie viele Kinder wohnen bereits außer Haus?		
Wo wohnen Sie zurzeit?		
<input type="checkbox"/> Eigenes / gemietetes Haus oder Wohnung	<input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen	
<input type="checkbox"/> Bei einer anderen Person	<input type="checkbox"/> JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwarnung	
<input type="checkbox"/> Notunterkunft / Übernachtungsstelle	<input type="checkbox"/> Wohnheim / Übergangsheim	
<input type="checkbox"/> (Fach)Klinik, stat. Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/> Wohnungslos	
Ist Ihre Lebenssituation ist zurzeit belastet?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Durch Trennung	<input type="checkbox"/> Durch Konflikte am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Durch Führerscheinverlust
<input type="checkbox"/> Durch Alleinsein	<input type="checkbox"/> Durch Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> Durch Krankheit Angehöriger
<input type="checkbox"/> Durch Ehekonflikte	<input type="checkbox"/> Durch finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> Durch Ängste
<input type="checkbox"/> Durch Ungewissheit über die berufliche Zukunft		

Von welchem Einkommen leben Sie zurzeit?		
<input type="checkbox"/> Eigenem Einkommen	<input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> Bafög
<input type="checkbox"/> Gehalt des Partners	<input type="checkbox"/> ALG II	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch die Eltern
<input type="checkbox"/> Erspartem	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> EU-Rente
<input type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Alters- bzw. Witwenrente
Bitte machen Sie Angaben zum Führerschein:		
<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Früher entzogen, aktuell vorhanden	
<input type="checkbox"/> Aktuell entzogen	<input type="checkbox"/> Wurde bereits mehrmals entzogen	
<input type="checkbox"/> Nicht erworben		
Besteht ein laufendes Bewährungsverfahren?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie eine ambulante Wohnbetreuung?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Gesetzliche Betreuung		
Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Die Betreuung besteht für:		
Amtsgericht:		
Aktenzeichen:		

Schulden					
Haben Sie Schulden?				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Seit wann	Höhe der Schulden	Grund der Schulden	Schuldner	Abzahlung ist geregelt	
	€			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Gerichtsverfahren		
Haben Sie ein laufendes Gerichtsverfahren?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Seit wann	Wegen	Gerichtliche Auflage

Vorstrafen					
Haben Sie eine Vorstrafe?				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wann	Art der Strafe	Höhe	Wegen	Bewährung bis	
Haben Sie einen Bewährungshelfer?				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Bewährungshelfer:					
Vorname	Name	Straße		PLZ, Ort	
Telefon	Fax	Email		Aktenzeichen	

Ausbildung			
Welchen Schulabschluss haben Sie?			
<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/> Haupt-/ Volksschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> (Fach)-Abitur
<input type="checkbox"/> Hochschule	<input type="checkbox"/> Polytech. Oberschule	<input type="checkbox"/> Ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> Anderer Abschluss
Welche Ausbildung haben Sie?			
Haben Sie eine abgeschlossene Ausbildung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Was ist Ihr höchster Ausbildungsabschluss ?			
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss		<input type="checkbox"/> Anderer Berufsabschluss	
<input type="checkbox"/> Meister / Techniker		<input type="checkbox"/> Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	
<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehrausbildung		<input type="checkbox"/> Keine Hochschul- oder Berufsausbildung begonnen oder abgeschlossen	

Beruflicher Status			
Wie war Ihre Erwerbssituation 6 Monate VOR Behandlungsbeginn?			
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Student / Studentin	<input type="checkbox"/> In Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> Schülerin / Schüler	<input type="checkbox"/> Rentnerin / Rentner	
Wie ist Ihre aktuelle Erwerbssituation?			
<input type="checkbox"/> Arbeitslos im Sinne des SGB III	<input type="checkbox"/> Arbeitslos und NICHT arbeitssuchend gemeldet	<input type="checkbox"/> Arbeitslos, jedoch wegen AU nicht zur Vermittlung stehend	
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> In Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Rentnerin / Rentner	<input type="checkbox"/> Schülerin / Schüler	<input type="checkbox"/> Studentin / Student	
Seit wann sind Sie arbeitslos?			
Was war Ihre letzte berufliche Tätigkeit?			
Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus?			
Wie bestreiten Sie zurzeit Ihren Lebensunterhalt?			
<input type="checkbox"/> Eigenem Einkommen	<input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> Unterstützung der Eltern	<input type="checkbox"/> Witwen- bzw. Altersrente
<input type="checkbox"/> Gehalt des Partners	<input type="checkbox"/> ALG II	<input type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/> EU-Rente
<input type="checkbox"/> Erspartem	<input type="checkbox"/> Bafög	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente
Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Sind Sie Schwerbehindert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Welchen Behinderungsgrad haben Sie?			GdB
Sind Sie berentet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Seit wann beziehen Sie Rente?			
Welche Art von Rente beziehen Sie?			
<input type="checkbox"/> Altersrente		<input type="checkbox"/> Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente
<input type="checkbox"/> EU-Rente		<input type="checkbox"/> EU-Rente auf Zeit	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsteilrente
Was war der Grund für Ihre Berentung?			

Arbeitsunfähigkeitszeiten	
Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Seit wann sind Sie arbeitsunfähig?	
Was ist der Grund der aktuellen Arbeitsunfähigkeit?	
Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?	
Wegen was waren Sie in diesen 12 Monaten zuletzt arbeitsunfähig?	

Berufsanamnese (Bisherige Tätigkeit und berufliche Entwicklung, Arbeitsplatzwechsel, Umschulung etc.)			
Bitte nennen Sie uns Ihre letzten Tätigkeiten:			
Tätigkeit	von - bis	beendet wegen	
In welchem Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	
Eine körperliche Belastung besteht durch:			
Eine psychische Belastung besteht durch:			
Wie ist das Verhältnis zu Ihren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Es geht so	<input type="checkbox"/> Schlecht
Wie ist die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes?	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> mit Mühe	<input type="checkbox"/> Schlecht
Wie können Sie Ihre Aufgaben bewältigen?	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Nur mit Mühe	<input type="checkbox"/> Kaum möglich
Wie ist das Betriebsklima?	<input type="checkbox"/> Angenehm	<input type="checkbox"/> Noch zu ertragen	<input type="checkbox"/> Unangenehm
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/> Sehr	<input type="checkbox"/> Es geht so	<input type="checkbox"/> Gar nicht
Sonstige Bemerkungen:			
Ist Ihr Arbeitsplatz bedroht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Eventuell <input type="checkbox"/> kein Arbeitsplatz vorhanden
Wurden Sie schon einmal abgemahnt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar	Mal
Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?			
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Studentin / Student	<input type="checkbox"/> Arbeitslos / Arbeitslosengeld 1-Empfänger	
<input type="checkbox"/> In Ausbildung	<input type="checkbox"/> Schülerin / Schüler	<input type="checkbox"/> Arbeitslos / Hartz-4-Empfänger	
<input type="checkbox"/> Rentnerin / Rentner	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> Arbeitslos, jedoch der Arbeitsagentur nicht gemeldet	
<input type="checkbox"/> Arbeitslos, jedoch wegen Krankheit nicht zur Vermittlung stehend			
Wenn Sie arbeitslos angekreuzt haben, nennen Sie uns die Hintergründe Ihrer Arbeitslosigkeit:			

Ihr Behandlungsteam bedankt sich für Ihre Offenheit und Unterstützung!
Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Datum

Unterschrift