

**Johanniter-Tagesklinik Siegburg gGmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Sie haben sich wegen einer Beratung oder Behandlung an unsere Tagesklinik gewandt. Durch das Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie uns, effektiver auf Ihre Anliegen einzugehen und Wartezeiten zu verkürzen. Falls Ihnen eine Frage unklar sein sollte, lassen Sie die Antwort aus oder machen ein Fragezeichen; es kann dann im persönlichen Gespräch geklärt werden. Alle Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummern (tagsüber): _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt (Name/Anschrift): _____

- Sie suchen in der Tagesklinik Siegburg eine
- Aufnahme in die Tagesklinik (täglich Mo-Fr)
 - Ambulante Behandlung
 - Beratung

Welches sind Ihre Hauptbeschwerden/Probleme (Stichworte)? _____

Ist Ihnen schon eine Diagnose bekannt? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Was möchten Sie mit unserer Unterstützung erreichen? _____

Sie sind zurzeit berufstätig arbeitslos seit: _____

in Ausbildung

Schüler/in

Student/in

Rentner/in

Hausfrau/-mann

Sonstiges

bis: _____ unbefristet

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? Nein Ja

Seit wann? _____

Haben Sie einen Rehaantrag gestellt? Nein Ja

Worauf (Kur, berufliche Reha etc.)? _____

Besteht eine Schwerbehinderung? Nein Ja

Wegen? _____

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? Nein Ja

Wann/Wegen? _____

Sind Sie derzeit in psychiatrischer/neurologischer Behandlung? Nein Ja

Name/Anschrift: _____

Sind Sie derzeit in ambulanter Psychotherapie? Nein Ja

Name/Anschrift: _____

Waren Sie früher schon einmal in psychiatrischer Behandlung oder ambulanter Psychotherapie? Nein Ja

Wann? _____

Waren Sie schon einmal in stationärer psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung? Nein Ja

Wann/Wo? _____

Haben Sie in der letzten Zeit eine Rehabehandlung oder Kur gemacht? Nein Ja

Wann/Wo? _____

Besteht oder bestand eine gravierende körperliche Erkrankung? Nein Ja

Welche? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Nein Ja

Welche? _____

Besteht oder bestand einmal eine Abhängigkeit? Nein Ja

Wann/Wovon? _____

Nehmen Sie Schlaf-oder Beruhigungsmittel? Nein Ja

Welche/Wie oft? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Welchen/Wieviel ungefähr pro Woche? _____

Schätzen Sie oder andere Ihren Umgang mit Alkohol als problematisch ein? Nein Ja

Selbst Andere _____

Nehmen Sie Drogen? Nein Ja

Welche? _____

Falls früher, wann zuletzt? _____

Folgende Fragen brauchen Sie nur zu beantworten, falls Sie in die Tagesklinik (täglich Mo-Fr) aufgenommen werden möchten:

Gibt es in den nächsten Monaten fest geplante Termine (Umzug, Beginn von Ausbildung o.ä., Prüfungen, gebuchte Urlaube, Operationen oder andere stationäre Behandlungen?) Nein Ja

Wann/Welche? _____

Können Sie täglich ohne die Hilfe anderer in die Tagesklinik kommen? Nein Ja

Wegen? _____

Muss die Versorgung von Kindern geplant werden? Nein Ja

Anzahl/Alter? _____

Vielen Dank!
Sie können uns den Fragebogen zuschicken oder in unserer Institutsambulanz abgeben.

**Johanniter-Tagesklinik Siegburg gGmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Mühlengrabenstraße 2
53721 Siegburg**