

Fragebogen zur Behandlungsplanung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihr derzeitiges Beschwerdebild besser kennen zu lernen und somit eine möglichst gute Behandlungsplanung im Department für Psychosomatik Enns durchzuführen. Wir ersuchen Sie daher, die Fragen vollständig zu beantworten. Die Informationen, die wir erhalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, da unsere MitarbeiterInnen der Schweigepflicht unterliegen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das therapeutische Team des Departments für Psychosomatik

1. Angaben zu Ihrer Person

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ...weiblich männlich

Wohnort
 (PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Telefonnummer(n): _____

Fax: _____

Email: _____

Zuständige Krankenkasse(n)/
 (Privat-)Versicherung(en): _____

2. Bei welchen ÄrztInnen/ TherapeutInnen stehen Sie derzeit in Behandlung?

Hausarzt
 (Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____
 Tel.NR _____

Facharzt
 (Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____
 Tel.Nr. _____

Weitere Ärzte/Therapeuten
 (Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Für die Behandlungsplanung am Department für Psychosomatik Enns ist die Koordination mit meinen behandelnden ÄrztInnen/TherapeutInnen erforderlich. Ich entbinde daher die oben genannten ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen gegenüber dem Department für Psychosomatik Enns von der Schweigepflicht.

- Ich bin einverstanden
 Ich bin nicht einverstanden

...../.....
 Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten

3. Ihre Beschwerden, Erkrankungen und Problembereiche

Welche sind Ihre wichtigsten körperlichen und/oder seelischen Beschwerden, wegen derer Sie an unserem Department eine Behandlung planen?

Bestehen bei Ihnen die folgenden Beschwerden/ Problembereiche? (Mehrfachnennungen möglich)

Wenn ja, wie wichtig ist es für Sie, dass diese Problembereiche bei der Behandlung berücksichtigt werden?

Beschwerden/ Problembereiche	Wie häufig?			Wichtig für Behandlung?	
	Nie	manchmal	oft	ja	nein
1. Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verdauungsprobleme: Durchfall, Übelkeit etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere körp. Symptome: Schwindel, Herzstolpern, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Über- bzw. Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Essanfälle mit/ ohne Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Umgang mit Stress/ Nervosität/ Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alpträume/ Plötzlich aufdrängende Erlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erschöpfung/ Müdigkeit/ Ausgebranntsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Depressivität/ Trauer/ Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ängste/ Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Heftige Gefühlsschwankungen, Impulsivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zwanghaftes Grübeln, zwanghaftes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Suizidgedanken/ Suizidimpulse/ Suizidversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Probleme mit Alkohol/ Drogen/ Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Schwierigkeiten in der Partnerschaft/ Ehe/ Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Schwierigkeiten im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Andere Beschwerden: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark fühlten Sie sich **im letzten Monat** in den folgenden Bereichen durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt? (0=gar nicht; 10=extrem stark beeinträchtigt)

Beruf und Arbeit (Arbeitsplatz, Schule, Ausbildung oder Studium) 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Freizeitaktivitäten (Freunde besuchen, spazieren gehen, in Lokale gehen, Hobbies, etc.) 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Familie und Haushalt (Partnerschaft, Sexualität, Kinderbetreuung, Einkaufen etc.) 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt?(Beginn, zeitlicher Verlauf)

Zeit

Verlauf (Verschlimmerungen, Verbesserungen)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hatten Sie noch andere schwerwiegende Erkrankungen oder Unfälle?

Alter	Art der Erkrankung / des Unfalls	Stationäre Behandlung	Erkrankungsdauer

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen der Sinne (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Sprache (z.B. Sprachbarriere durch Fremdsprachigkeit)?

Besteht bei Ihnen ein erhöhter Pflegeaufwand (z.B. Bettlägrigkeit)?

Benötigen Sie medizinische Heilbehelfe oder Versorgungssysteme (z.B. Rollstuhl, Katheter)?

Ihr derzeitiges Körpergewicht: ___ ___ kg

Ihre Körpergröße: ___ ___ cm

4. Bisherige Behandlungen

Kreuzen Sie bitte an, welche Behandlungen Sie für Ihre Beschwerden bisher in Anspruch genommen haben: (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Entspannung/ Meditation |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Akupunktur/ Akupressur |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Wärme-,Kälte-,Strombehandlung | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie/ Manuelle Ther. |
| <input type="checkbox"/> Heilgymnastik/ Bewegungsther. | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Kreativtherapie(Musik, Malen etc) | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Wie gut haben die bisherigen Behandlungen insgesamt geholfen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehr gut geholfen | <input type="checkbox"/> Wenig geholfen |
| <input type="checkbox"/> Gut geholfen | <input type="checkbox"/> gar nicht geholfen |
| <input type="checkbox"/> Mittelmäßig geholfen | <input type="checkbox"/> eher geschadet |

Was war gut? Was hat gefehlt?:

Waren Sie früher bereits in stationärer/ tagesklinischer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

nein ja

Jahr	Name der Einrichtung	Grund der Behandlung	Aufenthaltsdauer

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

Medikament (Name)	Dosierung	Seit wann?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

5. Aktuelle Lebenssituation und Lebensgeschichte

Schildern Sie bitte kurz Ihre derzeitige Lebenssituation: z.B. Partnerschaft, Kinder, Wohnsituation, Beruf

Ein kurzer Lebenslauf in Stichworten: z.B. Wie sind Sie aufgewachsen? Welche Personen waren da wichtig für Sie? Wie haben Sie sich beruflich und privat entwickelt? Was waren wichtige Veränderungen oder Ereignisse (positive und negative) in Ihrem Leben?

Wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind,...

- ... befinden Sie sich
- im Krankenstand seit _____
 - in einem laufenden Pensionierungsverfahren seit _____
 - in Frühpension seit _____
 - in Alterspension.
- ... wie lange waren Sie im letzten Jahr krank geschrieben?
- Gar nicht
 - Maximal 1 Monat
 - max. 3 Monate
 - mehr als 3 Monate

6. Behandlungsplanung

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an eine Behandlung an unserem Department?

Welche Zweifel oder Befürchtungen haben Sie?

Weitere Fragen oder Themenbereiche, die Ihnen für die Planung Ihrer Behandlung am Department für Psychosomatik Enns wichtig erscheinen:

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen vollständig beantwortet haben.

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen gemeinsam mit anderen wichtigen Befunden (frühere Untersuchungen und Behandlungen, stationäre Aufenthalte) einzuschicken an:

Department für Psychosomatik Enns
Leitstelle Ambulanz
Bahnhofweg 7, 4470 Enns

oder per Email: contact.en@gespag.at