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

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
☐ in Ausbildung
☐ Schüler/in
☐ Student/in
☐ Rentner/in
☐ Hausfrau/-mann
☐ Sonstiges

☐ arbeitslos seit:

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 Rentenantrag 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