

Name: _____



In unserer Tagklinik werden seelische und körperliche Störungen psychotherapeutisch behandelt. Wir versuchen, Ihnen zu helfen, Lösungsmöglichkeiten zur Überwindung dieser Störungen zu finden. Dabei ist Ihre aktive Mitarbeit erforderlich. Bitte schicken/ faxen Sie uns das ausgefüllte Formular zusammen mit dem Anmeldebogen:

1. a) Aufgrund welcher Schwierigkeiten streben Sie eine Behandlung in unserer Tagklinik an?

b) Welche Auswirkungen haben diese Schwierigkeiten auf folgende Bereiche ...

Partnerschaft:

Arbeitsplatz:

Freizeitgestaltung:

2. Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für die Behandlung?

3. Wann und wo waren Sie wegen der o. g. Schwierigkeiten in Behandlung ...

Ambulant:

Stationär / teilstationär:

4. Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen? Wenn ja, wann?

5. Falls Sie z. Zt. Medikamente einnehmen, geben Sie bitte an, seit wann und in welcher Dosierung.

6. Konsumieren Sie Alkohol oder Drogen? Wenn ja, wie häufig und in welcher Menge?

7. Beziehen Sie bereits Rente oder läuft ein Rentenverfahren?

8. Wer wird Sie nach dem Aufenthalt in der Tagklinik psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch betreuen (bitte die Anschrift angeben)?

9. Welche Diagnose hat Ihr Arzt/ Therapeut gestellt?

- Angststörung
- Zwangsstörung
- Depressive Störung/ Burn-out
- Essstörung
- Sonstiges

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!