



Angaben zur Ihrer Person:

Name: Geburtsdatum:
 Anschrift:
 Telefon: Fax:
 Handy: Email:

Selbstauskunftsbogen

Die wichtigsten Informationen auf einen Blick, bitte unbedingt ausfüllen:

Sind Sie arbeitsunfähig krank geschrieben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
Haben Sie eine RehaMaßnahme / Kur beantragt? Ein laufendes Rehaverfahren und eine Aufnahme in unserer Klinik schließen sich aus.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den zurückliegenden 12 Monaten Krankenhausaufenthalte / Rehabilitation von mehr als 3 Tagen? Bitte fügen Sie die Entlassungsberichte in Kopie bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u>Krankenhaus/Datum:</u>
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>wenn ja, wie viel:</u>
Konsumieren Sie Nikotin, Cannabis oder andere Rauschmittel? Nehmen Sie regelmäßig Tabletten (Tranquilizer o.ä.) zur Beruhigung oder Schlafanbahnung ein? Wenn ja, wie oft und wieviel? Gibt es andere Dinge, von denen Sie sich emotional abhängig fühlen (z.B. Fernsehen, Sex, Internet, Spiele, Arbeit, andere Menschen...)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>wenn ja, welche:</u>
Haben Sie einen Pflegegrad? Bitte fügen Sie das dazugehörige Pflegegutachten bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <u>wenn ja, welcher:</u>
Haben Sie einen Antrag auf Rente / Teilrente gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie chronische Hautläsionen (chronische Wunden, schuppige Dermatosen, Ekzeme)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden Sie schon einmal MRSA positiv getestet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?	1. Impfung Datum: _____ 2. Impfung Datum: _____
Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Ausland? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Land: _____

Weitere wichtige Angaben:

<p>1) Berufliche Tätigkeit</p>	<p><input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann</p> <p><input type="checkbox"/> Rentner(in) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> EU-Rentner(in) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> befristet bis..... <input type="checkbox"/> unbefristet</p> <p><input type="checkbox"/> Berufstätig als</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden</p> <p><input type="checkbox"/> Sind Sie selbstständig tätig? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> - als</p> <p><input type="checkbox"/> Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - seit wann und aus welchem Grund?</p> <p><input type="checkbox"/> Wie viele Tage sind Sie in den letzten 12 Monaten bis jetzt insgesamt arbeitsunfähig krank geschrieben gewesen?</p>
<p>2) Jetzige Behandlung</p>	<p>Welche ambulanten Behandlungen nehmen Sie wegen der Erkrankung in Anspruch, für welche nun eine Krankenhausbehandlung verordnet worden ist?</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt / Arzt für Allgemeinmedizin</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt für Innere Medizin</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenarzt</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt für psychotherapeutische Medizin</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Fachärzte:</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige</p>
<p>3)</p>	<p>Welche stationäre(n) Behandlung(en) haben Sie in den letzten 2 bzw. 4 Jahren in Anspruch genommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Keine stationäre Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, etc., bitte genau benennen) in:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus Psychiatrie in:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus Psychosomatik in:</p> <p><input type="checkbox"/> Psychosomatische Rehabilitation <input type="checkbox"/> ambulant, <input type="checkbox"/> stationär, in den letzten 4 Jahren in <input type="checkbox"/> Rentenversicherung, <input type="checkbox"/> Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> andere Rehabilitation in den letzten 4 Jahren in</p>
<p>4) Ambulante Psychotherapie</p> <p>Name/ Anschrift und Telefonnummer des ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, wenn zur Zeit eine PT durchgeführt wird oder beantragt wurde:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Haben Sie in den letzten beiden Jahren eine von der Krankenkasse genehmigte Psychotherapie – sogenannte Richtlinienpsychotherapie - durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe <u>keine</u> Richtlinienpsychotherapie beantragt und durchgeführt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Psychotherapie wurde mit insgesamt Stunden durchgeführt und abgeschlossen im Monat / Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> Ich befinde mich zur Zeit in ambulanter Psychotherapie (<input type="checkbox"/> Psychoanalyse, <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundiert, <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie, als <input type="checkbox"/> Einzeltherapie, als <input type="checkbox"/> Gruppentherapie), bisherige Behandlungsstunden: Stunden.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Psychotherapie wurde beantragt und genehmigt und kann begonnen werden am (Monat/Jahr): bei (Namen links eintragen).</p> <p><input type="checkbox"/> Es erfolgten bereits regelmäßige stützende/psychotherapeutische Gespräche bei <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Psychologe <input type="checkbox"/> Sonstige</p>

5) Hat / Haben Ihnen die Therapie/n geholfen? Wenn ja, inwiefern? Wenn nicht, woran lag es Ihrer Meinung nach?					
6) Aktuelle Beschwerden	Beschreiben Sie Ihre Hauptbeschwerden und deren Auswirkungen stichwortartig und kreuzen Sie an, wie sehr Sie sich eingeschränkt / belastet fühlen.				
		leicht	mittel	schwer	
körperlich					
psychisch					
Dauer der Erkrankung	<input type="checkbox"/> unter 6 Monaten <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> länger als 2 Jahre				
	Alter bei erstem Auftreten der Erkrankung (in Jahren) : _____				
7) Auswirkungen auf	Wie wirken sich diese Beschwerden aus?	leicht	mittel	schwer	
meinen Alltag	bzgl alltäglicher Probleme / Entscheidungen treffen können				
	den Tagesablauf zu planen und durchzuführen				
	mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen				
	ausreichend auf die eigene Gesundheit zu achten				
	regelmäßig für mich u. meine Familie Mahlzeiten zuzubereiten				
	den Haushalt zu erledigen				
	Familienmitgliedern zu helfen				
meine Beziehungen zu anderen	Kind(ern)				
	Partner				
	Eltern und Geschwister				
	Freunden und Bekannten				
meine beruflichen Anforderungen		leicht	mittel	schwer	
	(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit				
	Finanzielle Sorgen/ Schulden				
	Probleme am Arbeitsplatz				
		voll und ganz	meist ens	sel-ten	gar nicht
Trifftzu	Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe/ Entspannung)				
Trifftzu	Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies/ Freizeitaktivitäten				
Belastende Kontextfaktoren					
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftige Angehörige					
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen					

<input type="checkbox"/> Chronische Krankheit von Angehörigen
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Starke Belastung durch gesundheitliche/ verhaltensbedingte Probleme der Kinder
<input type="checkbox"/> Arbeitsplatzkonflikte
<input type="checkbox"/> Kündigung /drohende Kündigung
<input type="checkbox"/> Kränkung
<input type="checkbox"/> Überforderung/Mehrbelastung/ständiger Zeitdruck
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung
<input type="checkbox"/> Fehlernährung
<input type="checkbox"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung
<input type="checkbox"/> Nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft
<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme
<input type="checkbox"/> Akute Trennungsphase
<input type="checkbox"/> Beengte Wohnverhältnisse
Sonstiges:
8) Fragenbogen EQ-5D-3L:
<i>Beweglichkeit/Mobilität</i>
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/> Ich bin ans Bett gebunden
<i>Für sich selbst sorgen</i>
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
<input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
<i>Alltägliche Probleme (z. B. Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)</i>
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
<i>Schmerzen/Körperliche Beschwerden</i>
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
<input type="checkbox"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
<i>Angst/Niedergeschlagenheit</i>
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/> Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
<input type="checkbox"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert
9) Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden, welche Ursachen sehen Sie?

23) Bitte notieren Sie alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, schweren oder chronischen Erkrankungen und schwere Unfälle mit Jahresangabe:
24) Fragen zur aktuellen Situation:
a. Kennen Sie Schmerzen oder Engegefühl über dem Brustkorb?
b. Kennen Sie Atemnot (in Ruhe, unter Belastung, beim Treppensteigen)?
c. Kennen Sie geschwollene Beine?
d. Wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen?
e. Leiden Sie unter Schlaflosigkeit (Ein- und Durchschlafstörungen)?
f. Treten Nachtschweiße auf, oder besteht eine übermäßige Neigung zu schwitzen?
g. Haben Sie ein cPaP-Gerät?
h. Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht <input type="checkbox"/> abgenommenkg oder <input type="checkbox"/> zugenommenkg?
i. Aktuelle Körpergröße : cm; aktuelles Gewicht: kg
j. Haben Sie eine Hepatitis- und/oder eine HIV-Infektion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>nein
k. Sind Sie aktuell in gesetzlicher Betreuung? Wenn ja, geben Sie bitte hier Namen und Telefonnummer Ihres gesetzlichen Betreuers an:
l. Leiden Sie unter Höhenangst? Wenn ja: Bis zu welcher Etage können Sie sich stressfrei aufhalten?
m. Leiden Sie unter Schwerhörigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>nein Tragen Sie ein Hörgerät bzw. Hörgeräte <input type="checkbox"/>ja <input type="checkbox"/>nein
25) Bitte falls zutreffend ankreuzen:
a. Wurde bei Ihnen im letzten halben Jahr eine Antibiotikatherapie durchgeführt? <input type="checkbox"/>
b. Waren Sie im letzten Jahr in Einrichtungen (Reha-Aufenthalt, Pflegeheim o.ä.), in welchem multiresistente Krankheitserreger bekannt oder vermutet wurden? <input type="checkbox"/>
c. Arbeiten Sie in einem landwirtschaftlichen Betrieb mit Tierhaltung? <input type="checkbox"/>
d. Haben Sie einen Port oder einen suprapubischen Blasenkatheter? <input type="checkbox"/>
26) Welche Medikamente nehmen Sie momentan in welcher Dosierung ein? (auch Salben, Tropfen, die Pille, Nasenspray oder Tropfen u. ä.) Seit wann? Von wem wurde welches Medikament verschrieben? Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei!

**27) Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen haben oder auf die Sie allergisch reagieren?
Haben Sie eine Allergie? Besitzen Sie einen Allergiepass?**

**28) Sonstige Angaben, die Sie für wesentlich halten:
(Sollte der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreichen, schreiben Sie z.B. auf der Rückseite weiter)**

29) Beginn der stationären Behandlung

Mit einer stationären Behandlung sollte aus Ihrer Sicht begonnen werden

- möglichst sofort/so bald als möglich bald regulär
 ab Datum
 mit einer kurzfristigen Einbestellung bin ich einverstanden, wenn dadurch die Wartezeit verkürzt wird

30) Dauer der stationären Behandlung

Aus Ihrer Sicht sollte der Krankenhausaufenthalt dauern

- bis 28 Tage, möglichst noch länger.

Abstinenzvertrag

Hiermit unterzeichne ich, dass ich vor Aufnahme der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung in der Klinik Lahnhöhe darüber aufgeklärt wurde, dass ich mich während des Aufenthaltes alkohol- und drogenabstinent zu verhalten habe.

Bei Nichteinhaltung ist eine sofortige Entlassung die Folge.

_____ Datum

_____ Unterschrift

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG:

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten bzw. stationären Einrichtungen, in denen ich zuvor behandelt wurde, von der Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Dienst des Krankenhauses Lahnhöhe/Fachabteilung Psychosomatik.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Um den Ablauf für Sie zu erleichtern, empfehlen wir Ihnen, sich eine Kopie des Selbstauskunftsbogens anzufertigen.