

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einer Behandlung in der **Günztalklinik Allgäu**.

Um prüfen zu können, ob eine Therapie in unserer Klinik erfolgen kann, bitten wir Sie, den Fragebogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben sind für eine reibungslose Aufnahme erforderlich, werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Den **Fragebogen** und **aktuelle Befunde** können Sie uns gerne über folgende **Kontaktmöglichkeiten** zukommen lassen:

E-Mail: [info@guentztalklinik-allgaeu.de](mailto:info@guentztalklinik-allgaeu.de)

Fax: 08372 9237-129

Post: Hagenmoos 1, 87634 Obergünzburg

Bei Rückfragen erreichen Sie unseren Patientenservice auch telefonisch unter 08372 9237-0.

### Allgemeine Angaben

Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonische Erreichbarkeit:

Fax:

Mit einer (schnelleren) **Kommunikation per Mail** seitens der Günztalklinik Allgäu bin ich **einverstanden**:

Ja E-Mail:

Nein

**Notfallkontakt während eines stationären Aufenthalts** (Name, Bezug wie z.B. „Lebenspartner:in“, Telefon):

### Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung:

Ort:

Versicherungsnummer:

Ich bin  zusatzversichert  privatversichert  beihilfeberechtigt  Selbstzahler

Bei:

Versicherungsnummer:

Versichert sind:  Chefarztbehandlung  Einzelzimmer  Zweibettzimmer

**Behandelnde Ärzte / Ärztinnen und Therapeut:innen**

**Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt/-ärztin)**

Name:

Adresse:

Telefon:

**Facharzt/-ärztin für Psychiatrie / Psychotherapie (falls zutreffend)**

Name:

Adresse:

Telefon:

In Behandlung seit:

**Psychotherapeut:in (falls zutreffend)**

Name:

Adresse:

Telefon:

In Behandlung seit:

Verfahren:

**Berufliche Situation**

Beruf bzw. laufende(s) Ausbildung / Studium:

Derzeitige Tätigkeit:

Falls arbeitsunfähig, seit wann:

arbeitslos     Sozialhilfe     Selbstständig

Rente seit:

### Soziale Situation

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  
 getrennt lebend  verwitwet  mit Partner/in zusammenleben

Kinder (Name bzw. Geschlecht, Alter):

Wohnsituation:

### Beschwerden / Probleme / Ziele

Welche Beschwerden / Probleme führen Sie in unsere Klinik?

Seit wann bestehen diese Beschwerden/Probleme?

Was sind Ihrer Meinung nach die auslösenden Faktoren?

Was sind Ihre wichtigsten Ziele, die Sie in einer stationären Behandlung erreichen wollen?

Bitte kreuzen Sie an, welche der Probleme/Beschwerden bei Ihnen außerdem zutreffen:		
<input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Suizidgedanken
<input type="checkbox"/> Freudlosigkeit	<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Selbstverletzung
<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Gedankenkreisen	<input type="checkbox"/> Einsamkeit
<input type="checkbox"/> häufige innere Unruhe	<input type="checkbox"/> Zwangsgedanken	<input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Zwangshandlungen	<input type="checkbox"/> Wutanfälle
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Schuldgefühle	<input type="checkbox"/> Alpträume
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ständige Schmerzen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> häufige Durchfälle
<input type="checkbox"/> Unfähigkeit, zu arbeiten	<input type="checkbox"/> komme mit dem Alltag nicht mehr zurecht	

**Frühere stationäre oder psychotherapeutische Behandlungen:**

### Schnarcher / Schlafapnoe

Schnarcher/in  Diagnostizierte Schlafapnoe

Notizen:

### Größe / Gewicht / Allergien

Größe:                      cm                                      Gewicht:                      kg

Allergien:

Lebensmittelunverträglichkeiten:

**Umgang mit Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten**

Trinken Sie **Alkohol**?  Ja  Nein

Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Woche:

Glauben Sie, dass Ihr Alkoholkonsum problematisch ist?  Ja  Nein

**Rauchen** Sie?  Ja  Nein

Wenn ja, was und wieviel?

Nehmen Sie **Drogen** ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Wie oft? Welche Menge?

Erscheint Ihnen Ihr **Essverhalten** in irgendeiner Form problematisch?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Haben Sie **körperliche Erkrankungen / Behinderungen**, die zu Beeinträchtigungen im Alltag führen (z.B. beim Sport)?

Welche **Medikamente** nehmen Sie aktuell ein? Bitte nennen Sie auch **Bedarfsmedikation**.

Morgens	Mittags	Abends	Nachts