

Krankenhaus Lahnhöhe – Postfach 21 94 – 56107 Lahnstein

Ihr Name / Ihre Anschrift:

Ihre Telefonnummer für Rückfragen:.....

Selbstauskunftsbogen

<p>1) Berufliche Tätigkeit</p>	<p><input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann</p> <p><input type="checkbox"/> Rentner(in)</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos, seit</p> <p><input type="checkbox"/> Berufstätig als</p> <p><input type="checkbox"/> Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig krank geschrieben <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, seit</p>
<p>2) Jetzige Behandlung</p>	<p>Welche Behandlungen nehmen Sie zur Zeit wegen der Erkrankung regelmäßig in Anspruch, für die eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde:</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) Frühere Behandlungen</p>	<p>Welche Behandlungen haben Sie wegen der Erkrankung, für die jetzt eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde, in den letzten 4 Jahren in Anspruch genommen:</p> <p><input type="checkbox"/> Keine stationäre Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus Innere Medizin 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 <input type="checkbox"/> Rentenversicherung, <input type="checkbox"/> Krankenkasse</p>

<p>4) Ambulante Psychotherapie</p> <p>Name/ Anschrift und Telefonnummer des Psychotherapeuten, wenn zur Zeit eine PT durchgeführt wird oder beantragt wurde:</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 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>
---	--

5) 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				

6) Auswirkungen auf ... ↓	Wie wirken sich diese Beschwerden aus?	leicht	mittel	schwer
meinen Alltag				
meine Beziehungen zu anderen				
meine beruflichen Anforderungen				

7) Ihre Behandlungsziele (Was möchten Sie durch die stationäre Behandlung erreichen / verbessern, und zwar körperlich, seelisch, sozial, beruflich und bezogen auf andere Ziele?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8) Warum reichen die bisherigen ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Hilfen nicht aus, um diese Behandlungsziele zu erreichen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10) Beginn stationärer Behandlung

Mit einer stationären Behandlung sollte begonnen werden in den nächsten 7 Tagen ,
in den nächsten 14 Tagen , sobald eine Aufnahme möglich ist .

11) Dauer stationärer Behandlung

Um die Behandlungsziele zu erreichen, wünsche ich mir eine stationäre Behandlung von
14 Tagen , 14 – 28 Tagen , 28 bis 35 Tagen .

Datum

Unterschrift