

HERZ-JESU-KRANKENHAUS DERNBACH

Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Chefarzt F. Lücke

Südring 8
56428 Dernbach
Tel. : 02602/684-123
Fax : 02602/684-119
Email: tagesklinik@krankenhaus-dernbach.de
www.krankenhaus-dernbach.de

Patientenfragebogen

zum Informationsgespräch am _____
(Datum, Uhrzeit)

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie unter diesen Tel.-Nummern erreichbar sind.
Änderungen teilen Sie uns bitte zeitnah mit.

Anschrift: _____

Krankenkasse/Versicherungs-Nr. _____

E-Mail: _____

Tel.- Nr. Angehörige: _____

Hausarzt: _____

Haben Sie einen Facharzt für Psychiatrie? _____

Befinden Sie sich aktuell in einer ambulanten Psychotherapie, wenn ja bei wem?

Von wem wurden Sie zu uns eingewiesen? ☐ Hausarzt ☐ Facharzt
☐ Klinik ☐ Sonstige

Wie wurden Sie auf unsere Tagesklinik aufmerksam?

☐ Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Klinik ☐ Freunde/Bekannte ☐ Zeitung
☐ Internet ☐ Krankenkasse ☐ Arbeitsamt ☐ Sonstiges

Haben Sie bereits eine oder mehrere Psychotherapien gemacht? ☐ nein

☐ ja, wann und wo? _____

Bitte beantworten Sie auch die Fragen Seiten 2, 3 und 4!

Name _____ Vorname _____
2

Aktuelle Beschwerden?

1. _____
2. _____
3. _____

Seit wann? _____

Was vermuten Sie, welche Ursache Ihre jetzigen Beschwerden haben könnten?

Krankenhausbehandlungen? ☐ nein ☐ ja, wann (Jahr): _____

wegen: _____

im Krankenhaus: _____

Reha/Kur-Maßnahmen? ☐ nein ☐ ja, wann (Jahr): _____

in Klinik: _____

Behindertenausweis? ☐ nein ☐ ja, GdB in %? _____

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? Wenn ja für welche Bereiche und Name des Betreuers: ☐ nein

☐ ja, für die Bereiche ☐ Gesundheit ☐ Finanzen ☐ Sonstiges
☐ juristische Betreuung ☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht

Name des Betreuers: _____

Ihr Schulabschluss? ☐ Keinen ☐ Volks/Hauptschulabschluss
☐ Realschule/Mittlere Reife ☐ Fachabitur/Abitur ☐ Studium
☐ Ausbildung zum _____

Ihre jetzige Arbeitsstelle? _____

Seit wann arbeiten Sie in dieser Beschäftigung? _____

Steht in nächster Zeit eine berufliche Veränderung, auch Prüfungen oder Abschlüsse bevor? _____

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt ☐ nein ☐ ja
oder wollen Sie in der nächsten Zeit einen stellen? ☐ nein ☐ ja

Name _____ Vorname _____

3

Ihr Familienstand? ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
☐ dauernd getrennt lebend ☐ geschieden

Haben Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja Alter? _____ Geschlecht? _____

Ist die Betreuung der Kinder während des Aufenthaltes geregelt? ☐ ja ☐ nein

Mit wem leben Sie zurzeit zusammen? Führen Sie bitte alle Personen auf:

Sie wohnen in? ☐ eigenem Haus ☐ Mietshaus ☐ Mietwohnung
☐ eigene Wohnung ☐ betreutes Wohnen ☐ Seniorenheim

Erkrankungen des Vaters? _____

Alter des Vaters? _____ Beruf? _____

Falls verstorben, Ursache und in welchem Alter? _____

Erkrankungen der Mutter? _____

Alter der Mutter? _____ Beruf? _____

Falls verstorben, Ursache und in welchem Alter? _____

Haben Sie Geschwister? ☐ ja ☐ nein Geschlecht und Alter? _____

Verstorbene Geschwister? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Ursache und in welchem Alter?

Sonstiges:

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?

Waren Sie selber an COVID-19 erkrankt?

1. Impfung: _____

Tag der Genesung: _____

2. Impfung: _____

Name _____ Vorname _____
4

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____

Seit wann? _____

Wer hat Ihnen diese Medikamente verordnet? _____

Wann war ca. Ihre letzte Blutuntersuchung? _____

Welche sonstigen Untersuchungen hat Ihr Haus- oder Facharzt in den letzten drei Monaten durchgeführt? _____

Kinderkrankheiten? _____

Frühere Erkrankungen? _____

Chronische Erkrankungen? _____

Operationen? _____

Allergien? _____

Bekannte Medikamentenunverträglichkeiten? _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, Anzahl Zigaretten täglich? _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wie oft: _____

Nehmen Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Wie oft? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Aus Datenschutzgründen raten wir von der Versendung des ausgefüllten Formulars per E-Mail ab. Gerne können Sie uns den ausgefüllten Vordruck per Post senden.

Herzlichen Dank für Ihre Auskünfte, Sie haben uns sehr geholfen!

Ihr Team der Tagesklinik