

Bitte beachten Sie:

- Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst in Druckschrift aus.
- Die Angaben des Bogens sind ausschließlich für Ihre Behandlung bestimmt und werden von uns vertraulich behandelt.
- **Bitte beantworten Sie alle Fragen!** Unvollständig ausgefüllte Bögen können wir nicht weiter bearbeiten.
- **Wichtig:** Bitte legen Sie diesem Bogen **Arztberichte** (insb. **Entlassbriefe** vorangegangener Klinikaufenthalte der letzten Jahre) sowie wichtige **Befunde körperlicher Untersuchungen** bei. Sofern Sie sich in ambulanter Therapie befinden, lassen Sie sich bitte ein **Indikationsschreiben** Ihres/Ihrer Behandler:in ausstellen. Auch diese Unterlagen sind Voraussetzung der weiteren Bearbeitung Ihres Bogens!
- Sollten Sie sich aktuell in einer teil- oder vollstationären Behandlung befinden, kann mit Ihnen erst ein Erstgespräch nach Entlassung vereinbart werden!
- **Für die Behandlung in der PsIA ist eine Überweisung vom Facharzt (Psychiater oder FA f. Psychosomatische Medizin) erforderlich.**
Weitere Informationen hierzu erhalten sie bei Bedarf in unserem Sekretariat.

Ich interessiere mich für: **PsIA – Psychosomatische Institutsambulanz – Multimodale Komplexbehandlung mit Gruppenschwerpunkt**

1. Allgemeine Angaben:

Ausfülldatum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Staatsangehörigkeit:

Geburtsort:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Wohnort:

Telefonnummer Festnetz:

Telefonnummer Mobil:

E-Mail-Adresse:

Krankenkasse (Name und Anschrift der Geschäftsstelle):

**Besteht eine private Krankenversicherung oder Zusatzversicherung?
Falls ja, bitte nennen Sie die Versicherung und die Versicherungsnummer.**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. dr med. H. Kuhn	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 21.01.2026	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.0	Seite 1/9

Hausarzt-/Hausärztin (Name und Anschrift):

Überweisende Ärztin/überweisender Arzt (Name und Anschrift):

Sind Sie aktuell in einer teil- oder vollstationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Klinik:

Sind Sie aktuell in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?
 Ja Nein

Wenn ja, bei wem:

seit wann:

2. Aktuelle Krankheitsgeschichte

Schildern Sie bitte Ihr jetziges Problem in Stichworten:

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. dr med. H. Kuhn	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 21.01.2026	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.0	Seite 2/9

Seit wann bestehen die jetzigen Probleme oder Beschwerden? Wie wirken sich die Beschwerden auf Ihren Alltag/Ihre Arbeitsfähigkeit aus?

Ging diesem Zeitpunkt bestimmte Belastungen oder Lebensereignis voraus?

Wer oder was veranlasste Sie, sich zum jetzigen Zeitpunkt an unsere Klinik zu wenden?

Hatten Sie früher schon einmal ähnliche Probleme oder Beschwerden?

In der Kindheit In der Jugend Im Erwachsenenalter

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Nein Ja

Wenn ja, welche Medikation in welcher Dosierung?

Haben Sie zur Zeit eine akute oder chronische körperliche Erkrankung?

Nein Ja , nämlich _____ seit:

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr aktuelles Gewicht an:

Gewicht: **Größe:**

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. dr med. H. Kuhn	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 21.01.2026	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.0	Seite 3/9

3. Vorbehandlungen:

Wann hatten Sie erstmals Kontakt zum psychosozialen Hilfesystem, z. B.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Schulpsychologische Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Praxis | <input type="checkbox"/> Klinik |

Wann:

Wo:

Welche Behandlungen hatten Sie bisher (Mehrfachnennung möglich):

- | | | |
|---|------|------|
| <input type="checkbox"/> Einmaliges Beratungsgespräch: | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Psychotherapie | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Psychotherapie | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Ambulante psychiatrische Behandlung | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Psychiatrische Behandlung | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Familien-/Paartherapie | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Familienbetreuung durch das Jugendamt | von: | bis: |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie | von: | bis: |

Welche Diagnosen wurden bereits genannt und wann?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depression Wann? | <input type="checkbox"/> Angststörung Wann? |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörung Wann? | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung Wann? |
| <input type="checkbox"/> Essstörung Wann? | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung Wann? |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Störung Wann? | <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung Wann? |
| <input type="checkbox"/> Borderlinesyndrom Wann? | <input type="checkbox"/> Multiple Persönlichkeitsstörung Wann? |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie Wann? | <input type="checkbox"/> Andere psychotische Störung Wann? |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges? Wann? | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

Bisherige Behandlungen in Kliniken (voll-,teilstationär/ambulant)

	Wo war das (Fachbereich, Klinik, Ort)	Was wurde behandelt	Von wann bis wann erfolgte die Behandlung	Wie wurde behandelt (ambulant, teil-/vollstationär)
1				
2				
3				
4				
5				

Bitte fügen Sie diesem Selbstauskunftsbogen auch Kopien von Entlassberichten bei, zumindest von den kürzer zurückliegenden Aufenthalten der letzten Jahre!

4. Ausbildung und berufliche Situation:

Welches ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?

- Noch kein Abschluss Sonderschulabschluss Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss Fachoberschulreife Fachhochschulreife (Fachabitur)
 Allgemeine Hochschulreife (Abitur)

Haben Sie eine Berufsausbildung absolviert, wenn ja, welche:

- Keine Berufsausbildung: angelernte Tätigkeit abgebrochene Lehre
 Noch in Ausbildung noch in Schule noch im Studium
 abgeschlossene Lehre

- abgeschlossene Fachschulausbildung abgeschlossenes Fachhochschulstudium
 abgeschlossenes Universitätsstudium sonstiges

Ihre Berufsbezeichnung:

Sind Sie zur Zeit berufstätig? Ja Nein

Falls ja, in Ihrem erlernten Beruf als

In beschützter Tätigkeit (medizinische, berufliche oder soziale Rehabilitation)?

In einem anderen Beruf, nämlich als:

Falls nein:

- arbeitslos seit: zur Zeit Familienphase seit:
 Dauerhaft krankgeschrieben seit: Rentenantrag gestellt seit:
 In Ausbildung seit: Sonstiges seit:

Beziehen Sie Einkünfte aus

- eigener Berufsarbeit Unterhalt Sozial- /Arbeitslosenhilfe
 Rente/Pension Ausbildungsförderung/Bafög

seit:

Arbeitsamt seit:

befristet bis:

Krankengeld seit:

Sonstiges:

Gibt es Probleme oder Konflikte an Ihrem Arbeitsplatz?

- Nein Ja Folgende:

Haben Sie finanzielle Probleme?

- Nein Ja Folgende:

**Haben Sie eine Betreuung gesetzlich freiwillig
für den Bereich Finanzen/Gesundheit/Behördenangelegenheiten?**

Beziehen Sie eine (Teil)Erwerbminderungsrente oder planen Sie eine (Teil)Erwerbminderungsrente zu beantragen?

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. dr med. H. Kuhn	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 21.01.2026	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.0	Seite 5/9

**Haben Sie einen GdB und (falls ja – in welcher Höhe?) oder planen Sie einen GdB zu be-
antragen?**

5. Aktuelle Lebenssituation:

Ihr Alter:

Ihr Familienstand:

- ledig: In fester Partnerschaft seit: verheiratet seit:
 getrennt lebend seit: geschieden seit: verwitwet seit:

Wohnen Sie zur Zeit

- Alleine in eigener Wohnung In der Ursprungsfamilie
 mit Partner/Partnerin Alter des Partners/der Partnerin:
 in einer Wohngemeinschaft
 mit Kind(ern)

Haben Sie Kinder (bzw. Stief- oder Adoptivkinder)?

- Nein Ja
- | | | |
|-----------|--------|-------------|
| 1. Kind : | Alter: | Geschlecht: |
| 2. Kind: | Alter: | Geschlecht: |
| 3. Kind: | Alter: | Geschlecht: |
| 4. Kind: | Alter: | Geschlecht: |

Ist Ihre Partnerin/Ihr Partner erkrankt oder behindert?

- Nein Ja Woran?

Gibt es Probleme/Belastungen in Ihrer Partnerschaft:

- Nein Ja Nämlich:

6. Selbstgefährdendes Verhalten:

Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt?

Nein Ja, im Alter von bis aktuell

Wie häufig kam es seither zur Selbstverletzung?

Nur einmal Selten bis insgesamt 5 x
 Häufiger, nämlich durchschnittlich täglich wöchentlich monatlich

Wie haben Sie sich verletzt?

Handelt es sich bei den Verletzungen um (Mehrfachnennungen möglich):

- Leichte, oberflächliche Verletzungen
- mittelschwere Verletzungen, die ärztlich behandelt werden mussten
- schwere Verletzungen, die stationär behandelt werden mussten

Haben Sie irgendwann einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?

Nein Ja: In welchem Jahr?

Leiden Sie aktuell unter Vorstellungen oder Impulsen, sich das Leben zu nehmen?

7. Fragebogen zum Suchtmittelgebrauch

Nehmen Sie zur Zeit Drogen

Ja, nämlich:

Wie oft:

Seit wann:

Nein

Haben Sie in der Vergangenheit Drogen eingenommen?

Nein Ja Wenn ja, welche Drogen und wie häufig:

Haben Sie derzeit ein Verlangen dazu, Drogen einzunehmen?

Nein Ja

Trinken Sie zur Zeit Alkohol?

Nein Ja

Wenn ja, wie häufig pro Woche und welche Menge?

Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal regelmäßig und in großen Mengen Alkohol konsumiert?

Nein Ja

Wenn ja, wann und in welcher Menge ?

Besteht aktuell ein Druck, Alkohol zu trinken?

8. Therapieziele:

Was muss sich verändern während des Aufenthaltes?

Woran werden Sie in Ihrem Alltag merken, dass Sie von unserer Therapie profitieren konnten?

Welche Hoffnung haben Sie in Bezug auf die beantragte Behandlung?

Bitte eine Skala von 0 % Hoffnung bis 100 % Hoffnung.

0 _____ **100 %**

Gibt es etwas, was Sie uns noch nicht mitgeteilt haben, aber gerne mitteilen möchten?

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

erstellt: gez.Bath		geprüft: gez. dr med. H. Kuhn	freigegeben: gez. Dr. S. Rueß
Stand: 21.01.2026	Überprüfung: 08.09.2025	Version: 1.0	Seite 9/9