

**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 – Multi-  
modale 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:

befristet bis:

Arbeitsamt seit:

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)Erwerb-  
minderungsrente 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

Bei Interesse für die PsiA geben Sie bitte diese Vorlage eines korrekt ausgefüllten Überweisungsscheines an Ihren Facharzt/Ihre Fachärztin für Psychiatrie bzw. FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weiter.

Bitte beachten Sie, dass neben einer **psychischen Erkrankung** auch eine **körperliche Erkrankung** in ICD-10-Codierung angegeben werden muss.

**Ausnahme: F44.x** bzw. **F45.x**, bei der die Diagnose der psychischen Erkrankung ausreichend ist.

Krankenkasse bzw. Kostenträger ***** 52		<b>Überweisungsschein</b>		06BF Quartal
Name, Vorname des Versicherten <b>Henry Mustermann</b> geb. am		<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Belegärztl. Behandlung
<b>Musterstr. 12</b> <b>12345 Musterstadt</b>		<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	
Kostenträgerkennungs-Nr. *****	Versicherten-Nr. *****	Überweisung an <b>PsiA am Diakonie-Klinikum Stuttgart</b>		1   25 Geschlecht M
Betriebsstätten-Nr. *****	Arzt-Nr. *****	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
Datum *****		<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		AU bis
Diagnose/Verdachtsdiagnose	<b>Diagnosen:</b> ICD-10-Diagnose-Code der körperlichen Erkrankung und der psychischen Erkrankung, Bei F44.x oder F45.x keine somatische Diagnose notwendig.			
Befund/Medikation				
Auftrag	Bitte um Mitbehandlung in der psychosomatischen Institutsambulanz		<b>FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychiatrie/ FA/FÄ m. Zusatzbezeichnung Psychotherapie</b> Unterschrift muss klar zuzuordnen sein.	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				

Mit dem Überweisungsschein und dem ausgefüllten Selbstauskunftsbogen melden Sie sich dann direkt im Sekretariat der PsiA unter der Rufnummer **0711 9912962** oder per Mail unter [desiree.preiss@diak-stuttgart.de](mailto:desiree.preiss@diak-stuttgart.de) .