

**STRENG VERTRAULICH**

<b>Name/Vorname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>			
<b>Größe in cm</b>		<b>Gewicht in kg</b>	
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<b>Krankenkasse:</b>	
<b>Telefon 1</b>		<b>Private Zusatzversicherung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Telefon 2</b>		<b>Wahlleistungen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Email</b>		<b>Krankenhaustagegeld</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Name u. Anschrift der einweisenden Ärztin / des einweisenden Arztes</b>		<b>Name u. Anschrift Therapeutin / Therapeut</b>	
<b>Behandlungssetting:</b>	stationär <input type="checkbox"/>	tagesklinisch <input type="checkbox"/>	
<b>1. Beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Schwierigkeiten, auch ggf. die hauptsächlichen Beschwerden und deren Dauer:</b>			
<b>2. Was haben Sie bisher für sich unternommen?</b>			
Besuch von Selbsthilfe-, Therapiegruppen oder Beratungsstellen			
Therapeutische Gespräche (welche, seit wann, wie häufig)			
Fanden bisher Behandlungen in Krankenhäusern statt			
Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen einer körperlichen Erkrankung in stat. oder ambul. Behandlung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Welche?	
Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie zurzeit und befinden sich in Behandlung?			
Haben Sie aktuell einen Antrag gestellt bezüglich:			
Reha	<input type="checkbox"/>	Rente	<input type="checkbox"/>
		Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/>

Wir prüfen regelmäßig, ob Sie schon einmal als Patientin / Patient Kontakt zu unserem Hause hatten. Ist dies der Fall, so werden Vorbehandlungsunterlagen dem jetzigen Vorgespräch automatisch zugeführt. Sollten Sie dies nicht wünschen, so kreuzen Sie dies bitte hier an:

**3. Bitte geben Sie an, was und wie viel pro Tag bzw. Woche Sie in den letzten 3 Monaten zu sich genommen haben:**

Medikamente (auch wenn ärztlich verordnet):  keine  gelegentlich  regelmäßig

Alkohol:  kein  gelegentlich  regelmäßig

Trinkmenge pro Woche

Zigaretten  kein  gelegentlich  regelmäßig

Anzahl pro Tag

Andere Suchtmittel:  keine  gelegentlich  regelmäßig

Welche? Menge pro Monat:

Andere Suchterkrankungen (Spiel-/Kauf-/Computersucht)?  ja  nein Welche?

**4. Angaben zur Familie**

Alter und Beruf der Mutter:

Alter und Beruf des Vaters:

Haben Sie Geschwister? *Alter/ Beruf/ Familienstand*

Wer sorgt für Ihren Lebensunterhalt bzw. für wen haben Sie zu sorgen?

Wohnsituation (fester Wohnsitz)/ allein / Partnerin /Partner/ Familie/WG:

Lebensgemeinschaft / Ehe: ja  , seit wann: \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie Kinder? (Geschlecht, Alter)

**5. Gab es in Ihrem bisherigen Leben für Sie besonders belastende Ereignisse**

**6. Was machen Sie beruflich und welches sind die wichtigsten Etappen in Ihrer Ausbildung Schule/ Beruf:**

**7. Beschreiben Sie Ihre Freizeitinteressen und Zukunftspläne**

<b>8. Was hat Ihnen in Ihrem Leben bisher am meisten Schwierigkeiten bereitet?</b>

<b>9. Was erwarten und wünschen Sie sich von einer Behandlung in unserem Krankenhaus?</b>

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben in den letzten Monaten festgestellt, dass bei vielen, gerade unserer jüngeren Patientinnen und Patienten, erhebliche Probleme im sozialen und häuslichen Umfeld bestehen, die mehr sozialdienstliche Unterstützung notwendig machen. Je nach Ausmaß kann es sinnvoll sein, diese Probleme vor Beginn der stationären Behandlung im Ginsterhof zu klären. Wir möchten Sie daher bitten, die nachfolgenden Fragen so offen wie möglich zu beantworten, um Sie während Ihrer Behandlung gezielter unterstützen und beraten zu können.

Vielen Dank

<b>Haben Sie an Sie gerichtete ungeöffnete Post bzw. unbezahlte Rechnungen zu Hause?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Haben Sie Schulden? Wenn ja, in welcher Höhe?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Sind Sie ohne Unterkunft oder droht Ihnen der Verlust Ihres Wohnraumes?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

<b>Sind Sie im Vorfeld schon einmal so wütend geworden, dass Sie anderen Menschen Gewalt angetan haben? Details zur Gewaltanwendung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Sind Sie bereits einmal straffällig geworden?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

<b>Gibt es andere Problembereiche, für die Sie aller Wahrscheinlichkeit nach die Unterstützung unseres Sozialdienstes benötigen? Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Zuletzt haben wir noch eine Bitte an Sie. Wie haben Sie von uns erfahren?**

Von meiner/m Ärztin / Arzt und/oder Therapeutin / Therapeut	<input type="checkbox"/>
Über eine Suchmaschine, z. B. Google	<input type="checkbox"/>
Über eine Empfehlung, z.B. Befreundete/Bekannte/Verwandte	<input type="checkbox"/>
Einen Flyer	<input type="checkbox"/>
Google-Werbung	<input type="checkbox"/>
Eine Werbeanzeige	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!