

Stammblatt Akut-Ambulanz

Name:

Geburtsdatum:

biologisches Geschlecht:

identifiziert sich als:

Familienstand: Kinder:

Derzeitige Tätigkeit:

Wohnsituation:

Allergien:

Besonderheiten/ Hilfsangebote:

Telefonnummern:

- eigene Nummer:
 - E-Mailadresse:
 - Betreuer + Tel.:
 - Hausarzt + Tel.:
 - Angehörige/ Bezugsperson + Tel.:
 - Psychologe+Tel.:
-

Wir benötigen folgende Dokumente:

Bringen Sie zur Terminvergabe folgendes mit:

- Überweisung an Akut-Ambulanz/ PIA
- Fragebogen zum Lebenslauf
- Krankenkassenkarte
- Stammblatt
- bundeseinheitlicher Medikamentenplan
- alte Entlassungsbriefe/ Reha Berichte
- Unterlagen zum Betreuungsrecht

Name; Vorname:

Geburtsdatum:

Datenübermittlung an den Hausarzt und alle anderen mit- und weiterbehandelnden Ärzte und Psychotherapeut*innen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, insbesondere sämtliche vorhandenen Befunde durch die Psychiatrische Institutsambulanz, Akut-Ambulanz, AD(H)S-Ambulanz und Psychotherapeutische-Akutambulanz an meinen Hausarzt und alle anderen mit- und behandelnden Ärzte und Psychotherapeut*innen schriftlich, elektronisch und in sonst angemessener Weise zu Behandlungs- und Dokumentationszwecken übermittelt werden dürfen.

Ja ☐

Nein ☐

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Psychiatrische Institutsambulanz, Akut-Ambulanz, AD(H)S-Ambulanz und Psychotherapeutische-Akutambulanz die bei meinem Haus-/ Facharzt und Psychotherapeut*in vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine ambulante Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Haus-/ Facharztes und Psychotherapeut*in zu erhalten. Die Psychiatrische Institutsambulanz, Akut-Ambulanz, AD(H)S-Ambulanz und Psychotherapeutische-Akutambulanz wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja ☐

Nein ☐

Name u. Anschrift des Hausarztes:

Name u. Anschrift des überweisenden Arztes:

Name u. Anschrift Psychotherapeut*in:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass im Rahmen der Einnahme von Psychopharmaka regelmäßige Labor- und EKG-Kontrollen bei Hausarzt durchzuführen sind.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch die Psychiatrische Institutsambulanz Waltrop via Telefon/ Mobiltelefon/ E-Mailadresse zu folgenden Zwecken: Terminverschiebungen, Laboruntersuchungen, Organisatorisches.

Waltrop, den

(Unterschrift des Patienten)

**Patient:innen Fragebogen
zum Lebenslauf**

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte(r) Patient:in,

der folgende Fragebogen hilft uns dabei, einen umfassenden Eindruck von Ihnen zu erhalten.

Für die Behandlung in unserer Ambulanz ist es sehr wichtig, dass Sie uns diesen Bogen so vollständig und genau wie möglich ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichend sein, benutzen Sie die Rückseite oder separate Blätter.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Angaben zu den Beschwerden, Hilfen und Therapien

- a) Bitte beschreiben Sie den Grund für Ihren aktuellen Behandlungswunsch. Was war in letzter Zeit schwierig? Unter welchen Hauptbeschwerden leiden Sie?

- b) Seit wann bestehen Ihre Hauptbeschwerden?

- c) Bitte beschreiben Sie die Entwicklung Ihrer Probleme, d. h. vom ersten Auftreten bis heute:

- d) Gab es große Veränderungen in Ihrem Leben vor Beginn der Beschwerden, oder gab es vor Beginn der Beschwerden eine hohe Belastung? Gibt es einen ersichtlichen Grund/Auslöser für Ihre Beschwerden?

- e) Bitte führen Sie im Folgenden alle psychiatrischen, psychosomatischen, psychologischen und psychotherapeutischen Vorbehandlungen (z. B. stationäre oder tagesklinische Behandlung, Rehas, Kuren, ambulante Therapien) auf:

Jahr	Einrichtung, Behandler, Ort	Behandlungsgrund	Dauer (W o. M)

- f) Haben Sie professionelle Unterstützung im privaten Rahmen? (Z.B. Gesetzliche Betreuung, ambulant betreutes Wohnen)? Liegen Vollmachten von Ihnen vor?

Ja	Nein	Art	Name, Telefonnummer, ggf. Anbieter oder Beziehung zur Person
☐	☐	Gesetzl. Betreuung	
☐	☐	Ambulant betreutes Wohnen	
☐	☐	Vorsorgevollmacht	
☐	☐	Patient:innenverfügung	

2. Biographische Anamnese

- a) Wie würden Sie, in wenigen Sätzen, ihre Kindheit und Jugend beschreiben? Haben Sie einen Schulabschluss oder eine abgeschlossene Berufsausbildung?

- b) Wie leben Sie aktuell? (Arbeit, Wohnen, Partnerschaft, Familie)

- c) Gab es belastende oder erschwerende Umstände in Ihrem Leben? (Z.B. Tod einer Bezugsperson, Heimaufenthalte, Unfall, Überfall, Traumatisierungen)
- a. Bitte nur ankreuzen: ☐ Ja ☐ Nein

3. Körperliche Gesundheit

- a) Ihre Größe Aktuelles Gewicht Wunschgewicht

Allergien:

- b) Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen haben Sie bisher durchgemacht?

- c) Welche ärztlichen Diagnosen oder Untersuchungsbefunde der letzten fünf Jahre sind Ihnen bekannt? (Wenn vorhanden, ggf. Kopien beifügen)

- d) Hatten Sie schon mal Nebenwirkungen von einem Medikament? Von welchem? Was?

e) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name des Medikaments	Dosis	Einnahmehäufigkeit

f) Wie schlafen Sie? Wann gehen Sie gewöhnlich ins Bett und stehen wieder auf? Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?

g) Arbeitsbelastung: Wie viele Tage pro Woche arbeiten Sie? Wie viele Stunden pro Tag? Arbeiten Sie in einem Schichtsystem? Wenn ja, welche Schichten gibt es?

h) Halten Sie ihren Körper fit? Machen Sie Sport? Wenn ja, was und wie oft?

4. Konsum

- a) Bitte geben Sie an, welche Substanzen Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen haben und/oder zur Zeit einnehmen:

Was wird/wurde konsumiert?	Menge früher:	Menge heute:
Drogen/ unverschriebene Medikamente (bitte nennen)		
Alkohol (bitte nennen)		
Rauchen/ Nikotin (bitte nennen)		

5. Erwartungen an die Therapie und an das therapeutische Team

- a) Was erwarten Sie von der Therapie?-

- b) Welche Ziele haben Sie für die Therapie?

Zusatzfragebogen „Akut“

6. Gesundheitsfragebogen (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: Alter: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Datum:

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Bauchschmerzen	☐	☐	☐
b. Rückenschmerzen	☐	☐	☐
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	☐	☐	☐
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	☐	☐	☐
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
f. Kopfschmerzen	☐	☐	☐
g. Schmerzen im Brustbereich	☐	☐	☐
h. Schwindel	☐	☐	☐
i. Ohnmachtsanfälle	☐	☐	☐
j. Herzklopfen oder Herzasen	☐	☐	☐
k. Kurzatmigkeit	☐	☐	☐
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	☐	☐	☐
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	☐	☐	☐

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	☐	☐	☐	☐
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐	☐	☐	☐
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐	☐	☐	☐

3. Fragen zum Thema „Angst“.

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)	☐	☐
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	☐	☐
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	☐	☐
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	☐	☐

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	☐	☐
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	☐	☐
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	☐	☐
d. Haben Sie geschwitzt?	☐	☐
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	☐	☐
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	☐	☐
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	☐	☐
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	☐	☐
i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	☐	☐
j. Zitterten oder bebten Sie?	☐	☐
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	☐	☐

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐	☐	☐	☐
d. Schwierigkeiten zu entspannen	☐	☐	☐	☐
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	☐	☐	☐	☐
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐	☐	☐	☐
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	☐	☐	☐	☐

6. Fragen zum Thema „Essen“.

	NEIN	JA
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wie viel</u> und <u>was</u> Sie essen?	☐	☐
b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	☐	☐
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9		
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	☐	☐

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

	NEIN	JA
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	☐	☐
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	☐	☐
c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	☐	☐
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	☐	☐

8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

	NEIN	JA
	☐	☐

9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

	NEIN	JA
	☐	☐
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11		

10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

	NEIN	JA
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	☐	☐
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	☐	☐
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	☐	☐
d. Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	☐	☐
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zuviel getrunken hatten?	☐	☐

11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
☐	☐	☐	☐

12. Wie stark fühlten Sie sich in den <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Probleme beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Sorgen über Ihre Gesundheit	☐	☐	☐
b. Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	☐	☐	☐
c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	☐	☐	☐
e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	☐	☐	☐
f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule	☐	☐	☐
g. Finanzielle Probleme oder Sorgen	☐	☐	☐
h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	☐	☐	☐
i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	☐	☐	☐
j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, ein Überfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	☐	☐	☐

13. Sind Sie im <u>letzten Jahr</u> geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden, oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?	NEIN ☐	JA ☐
---	-------------------------------	-----------------------------

14. Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

15. Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?	NEIN ☐	JA ☐
---	-------------------------------	-----------------------------

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !