

**Zurück an :**

Klinik St. Irmingard GmbH  
Sekretariat Psychotraumatologie  
Osternacher Str. 103  
83209 Prien am Chiemsee

**Dr. Peter Heinz**  
**Chefarzt Psychotraumatologie**  
Sekretariat Tel. +49 (8051) 607-530  
Fax +49 (8051) 607-528  
sekr.psychotraumatologie@st-irmingard.de  
www.st-irmingard.de

## A N M E L D E B O G E N

### zur Behandlung auf der Traumastation der Klinik St. Irmingard

Liebe Patientin, lieber Patient,

In der Anlage finden Sie unseren Anmeldebogen mit dem Formular zum persönlichen Bericht über Ihre Beschwerden und weiteren in der Traumabehandlung bewährten, standardisierten Fragebögen.

Wir bitten Sie, die Fragen sorgfältig zu beantworten. Falls Ihnen das Ausfüllen schwer fällt, empfehlen wir Ihnen, die Bearbeitung auf mehrere Portionen zu verteilen. Bei Unklarheiten kann auch im Rahmen eines Telefonats oder Vorgesprächs Hilfestellung gegeben werden.

Die durch den Anmeldebogen erfragten Informationen sind für uns eine wichtige Grundlage der Diagnostik und Behandlung in unserer Fachabteilung. Die erhobenen Daten werden zusätzlich auch für unsere Qualitätssicherung genutzt. Die Datenspeicherung zu diesem Zweck erfolgt in anonymisierter Form. Ihre persönlichen Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Nach Durchsicht der vollständigen Anmeldeunterlagen werden wir wieder mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

#### **Hinweis:**

Die Traumastation der Klinik St. Irmingard strebt eine wohnortnahe Versorgung von Patienten in enger Kooperation und Vernetzung mit den ambulanten Behandlern an. Die Aufnahme von Patienten außerhalb eines Einzugsbereichs von ca. 150 km ist vor diesem Hintergrund nur in Ausnahmefällen möglich.



# A N M E L D E B O G E N

zur stationären Therapie von Traumafolgestörungen

Name, Vorname:	_____	Geb.- Datum:	_____		
PLZ	_____	Wohnort	_____	Str.	_____
Tel. privat:	_____	ggf. dienstlich:	_____		
Handy-Nr.:	_____	e-mail:	_____		

## Checkliste für die Anmeldung:

- Bitte vollständiges Ausfüllen des Anmeldebogens
- Zusendung von Arztberichten früherer stationärer Behandlungen
- Zusendung der Krankenhaus-Einweisung
- Bitte beachten Sie auch den beigefügten Bogen für Ihren ambulanten Therapeuten, den Sie bitte an diesen weiterleiten

## Zur Aufnahme:

- Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse durch den zuweisenden Arzt in ausreichendem zeitlichen Abstand vor dem Aufnahmetermine (ca. 8 – 10 Wochen) und unaufgeforderte Zusendung an uns.



## Angaben zum Kostenträger:

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers. Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
Tagegeldversicherung		
Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen:	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfestelle <input type="checkbox"/> Tagesgeldversicherung	Bitte Kopie der Zusagen der Anmeldung ggf. beilegen

## Inanspruchnahme von Wahlleistungen:

Ich möchte folgende **Wahlleistungen** in Anspruch nehmen:

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ
- Komfort-Zimmer Paket PRIMA ambiente: 31,00 € pro Tag**  
 1-Bett-Zimmer auf der Seeseite mit Balkon, freundliche Zimmerausstattung inkl. Hotelbettwäsche und -vorhänge, Dekoartikel, Internet (WLAN), Telefon Flatrate, Minibar, TV, CD- & DVD-Player, Verwöhnfrühstück am Sonntag, Badetücher & -mantel, Parkplatz
- Komfort-Zimmer & Serviceleistungen Paket PRIMA ambiente plus: 41,00 € pro Tag**  
 Alle PRIMA ambiente Leistungen  
 Zusätzlich jede Woche eine Therapie- oder Kosmetikbehandlung (60 Min.) inklusive, Tageszeitung, wahlweise Nordic-Walking-Stöcke oder 7-Gang Fahrrad, Obstteller

**12 % Rabatt ab dem 1. Tag bei Buchung von PRIMA ambiente / ambiente plus von mind. 4 Wochen**

## Anreise:

Ich kann innerhalb 24 bis 72 Stunden anreisen  Ja  Nein

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme  Ja  Nein

Die Aufnahme kann erst ab dem \_\_\_\_\_ aus folgendem Grund erfolgen:

.....

Meine Behandlung sollte unbedingt durchgeführt werden von einem

- weiblichen Therapeuten     männlichen Therapeuten  
 beides ist möglich

## Allgemeine Angaben:

Hausarzt (bitte Name, Adresse und Tel.-Nr. angeben):

.....

.....

Überweisender Arzt / (bitte Name, Adresse und Tel.-Nr. angeben):

.....

.....

Sind Sie zurzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung,  
wenn ja bei wem? (bitte Name, Adresse und Tel.-Nr. angeben):

.....

seit wann?: .....

Sind Sie zurzeit in ambulanter psychiatrischer Behandlung,  
wenn ja bei wem? (bitte Name, Adresse und Tel.-Nr. angeben):

.....

seit wann: .....

Ich entbinde die o.g. ambulant tätigen Ärzte / Therapeuten  
sowie die Ärzte der Psychosomatischen Abteilung der Klinik St. Irmingard  
von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogene Nachfragen

Datum und Unterschrift: .....



## A. Krankheitsentwicklung und Vorbehandlung

### 1. Schildern Sie bitte in Stichworten Ihre jetzigen Probleme oder Beschwerden und deren Entwicklung:

a) Welche Beschwerden (Gefühle, Gedanken, körperliche Reaktionen) spielen bei Ihnen eine wichtige Rolle? \_\_\_\_\_

---

---

---

b) Wie wirken sich Ihre Beschwerden im zwischenmenschlichen Bereich aus? \_\_\_\_\_

---

---

---

c) Wie wirken sich diese Beschwerden auf Ihre Alltagsbewältigung und auf den Bereich Selbstfürsorge aus? \_\_\_\_\_

---

---

---

### 2. Seit wann bestehen die jetzigen Probleme oder Beschwerden?

Psychische emotionale Auffälligkeiten seit \_\_\_\_\_

Körperliche Auffälligkeiten seit \_\_\_\_\_

### 3. Ging dieser Zeit ein bestimmtes Lebensereignis voraus?

\_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

### 4. Wie erklären Sie sich selbst Ihre Beschwerden?

---

---

### 5. Wann fühlten Sie sich zuletzt längere Zeit wohl?





Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an diese Zeit denken?

---

---

**6. Wer oder was hat bisher am besten gegen die jetzigen Beschwerden geholfen?**

---

---

**7. Hatten Sie früher schon mal ähnliche Probleme oder Beschwerden?**

- in der Kindheit
- in der Jugend
- im Erwachsenenenerleben, wann \_\_\_\_\_

**8. Wer oder was hat Ihnen damals geholfen?**

---

---

**9. Welche Behandlungen hatten Sie in der Vergangenheit bzw. haben Sie aktuell?**

- ambulante psychiatrische Behandlung
- ggf. wann \_\_\_\_\_
- ambulante Psychotherapie
- falls ja, es handelt sich dabei um folgende Art von Psychotherapie:
- tiefenpsychologisch / psychoanalytische Therapie wann \_\_\_\_\_
- Verhaltenstherapie wann \_\_\_\_\_
- Familien- / Paartherapie wann \_\_\_\_\_
- Traumazentrierte Psychotherapie wann \_\_\_\_\_
- Gruppenpsychotherapie wann \_\_\_\_\_
- Skills-Training wann \_\_\_\_\_
- Sonstiges (z.B. Körper-, Kunst-, Musiktherapie) wann \_\_\_\_\_
- ich weiß nicht, welche Methode wann \_\_\_\_\_





**10. Wie erfolgreich waren die bisherigen ambulanten Psychotherapien nach Ihrer Einschätzung?**

Welche Stabilisierungstechniken / Skills haben Sie sich bereits angeeignet?

- sicherer Ort / Wohlfühlort       Innere Helfer  
 Inneres Kind beruhigen       Notfallkoffer  
 andere Techniken / Methoden der Selbstberuhigung , nämlich \_\_\_\_\_  
 evtl. Anmerkungen zu den Skills \_\_\_\_\_

Gab es unter den Behandlungen eine Verschlechterung?

- nein                                       ja

Wenn ja, wo sehen Sie hierfür die Gründe?

\_\_\_\_\_

**11. Wenn Sie in der Vergangenheit in stationärer (oder tagesklinischer) psychotherapeutischer Behandlung waren...:**

*(bitte veranlassen Sie die Übersendung der entsprechenden Befundberichte!)*

Wie oft war das?      insgesamt \_\_\_\_\_ Klinikaufenthalte

Monat / Jahr	Alter	Klinik	Anlass des Aufenthaltes
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wie erfolgreich waren diese stationären (oder tagesklinischen) Psychotherapien?

\_\_\_\_\_

Gab es während oder nach diesen Behandlungen eine Verschlechterung?

- nein                                       ja

Wenn ja, worin sehen Sie hierfür die Gründe?

\_\_\_\_\_



**12. Wenn Sie in der Vergangenheit in stationärer (oder tagesklinischer) psychiatrischer Behandlung waren...:**

*(bitte veranlassen Sie die Übersendung der entsprechenden Befundberichte!)*

Wie oft war das? insgesamt \_\_\_\_\_ Klinikaufenthalte

Monat / Jahr	Alter	Klinik	Anlass des Aufenthaltes
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wie erfolgreich war(en) diese psychiatrische(n) Behandlung(en)?

\_\_\_\_\_

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

nein  ja, insgesamt \_\_\_\_\_mal

Jahr	Anlass	Art des Suizidversuchs
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**14. Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt?**

nein  ja, im Alter von \_\_\_\_\_bis \_\_\_\_\_Jahren

Häufigkeit im letzten Jahr	Anlass	Art der Selbstverletzung(en)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**15. Nehmen Sie zurzeit Drogen?**

- nein                       zurzeit nein, jedoch früherer Drogenkonsum  
 ja, nämlich \_\_\_\_\_  
 wieviel? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

**16. Trinken Sie zurzeit Alkohol?**

- nein                       gelegentlich in geringen Mengen  
 ja, häufiger             (fast) täglich  
 Was trinken Sie? \_\_\_\_\_ wieviel? \_\_\_\_\_

**17. Nehmen Sie zurzeit Beruhigungsmittel ein (z.B. Tavor, Valium...)?**

- nein                       gelegentlich in geringen Mengen  
 ja, häufiger             (fast) täglich  
 welche? \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
 seit wann? \_\_\_\_\_

**18. Nehmen Sie zurzeit andere Medikamente ein?**

- nein                       ja, nämlich \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**19. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr aktuelles Gewicht an:**

Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**20. Bestehen Essanfälle oder herbeigeführtes Erbrechen?**

- nein                       ja, nämlich: \_\_\_\_\_

**21. Probleme bezogen auf die Ernährung / Kost in der Klinik:**

Ich habe keine Unverträglichkeiten / Allergien bezogen auf Lebensmittel   

Ich habe Unverträglichkeiten / Allergien, die bei meiner Verköstigung im Krankenhaus Berücksichtigung erfordern   

Ggf. Angabe der Unverträglichkeiten / Allergien: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Bitte berücksichtigen Sie:**

Beratung im Rahmen der Diätassistenz ist nur bei Vorlage ärztl. Befunde zu Unverträglichkeiten möglich.

**Informationen zur Verköstigung in der Klinik:**

In unserer Klinik bieten wir Ihnen zur Auswahl die mediterrane Küche, leichte Vollkost und Schonkost an. Individuelle Zubereitung von Mahlzeiten aufgrund von Nahrungsmittelunverträglichkeiten ist nicht möglich.

Aus dem vorhandenen Angebot am Buffet (mit entsprechenden Hinweisen auf mögliche Unverträglichkeiten) können Sie i.d.R. selbständig eine Auswahl treffen.

**22. Haben Sie zurzeit eine akute oder chronische körperliche Erkrankung?**

- nein     ja, nämlich \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_



## B. Aktuelle Lebenssituation

### 1. Familienstand:

- ledig  
 in fester Partnerschaft seit \_\_\_\_\_  
 verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 getrennt lebend / geschieden seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet seit \_\_\_\_\_

### 2. Aktuelle Wohnsituation:

- allein in eigener Wohnung  
 in der Ursprungsfamilie  
 mit Partner / Partnerin  
 mit Kindern (welche?) \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Belastungen bzgl. der Wohnsituation?

- nein       Ja, nämlich  
 \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zur Partnerschaft / Ehe und zu Kindern:

	Alter	Gesundheits- zustand / ggf. Todesjahr	Beruf / Familien- stand	Qualität und Intensität des Kontakts, evtl. besondere Belastungen
Partner / Ehegatte				
evtl. frühere Partner				
Kinder ..... ..... ..... ..... .....				

**4. Angaben zur Herkunftsfamilie:**

	Alter	Gesundheits- zustand / ggf. Todesjahr	Beruf / familiäre Situation	ggf. Häufigkeit und Qualität des Kontakts <u>heute</u>
Mutter				
Vater				
Geschwister ..... ..... ..... ..... .....				
Evtl. andere Angehörige .....				

**5. Aktuelle außerfamiliäre Kontakte:**

	Alter	Gemeinsamer Lebenszusammenhang (z.B. Schulfreundin)	Häufigkeit und Qualität des heutigen Kontakts
Freunde ..... ..... .....			
Andere wichtige Bezugspersonen ..... .....			

## 6. Finanzielle Situation:

Beziehen Sie Einkünfte aus ?

- |                                                                                                          |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigener Erwerbstätigkeit                                                        | <input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung / Bafög |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld seit _____                                                          | <input type="checkbox"/> Altersrente                  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I                                                              | <input type="checkbox"/> Soziale Grundsicherung       |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Hartz IV                                                  | <input type="checkbox"/> Sonstiges                    |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-/ oder -minderungsrente seit _____ ggf. befristet bis _____ |                                                       |

Gibt es besondere Belastungen bzgl. der finanziellen Situation (z.B. Schulden...)?

- nein       Ja, nämlich

---

## 7. Aktuelle berufliche Situation:

- aktuell Tätigkeit im erlernten Beruf als \_\_\_\_\_
- andere Beschäftigung / Tätigkeit als \_\_\_\_\_
- in Ausbildung zum / zur \_\_\_\_\_
- arbeitslos seit \_\_\_\_\_
- Schwerbehindertenausweis GdB \_\_\_\_\_%
- habe einen Rentenantrag gestellt oder beabsichtige, dies zu tun

Ggf. Krankschreibungen im Verlauf des letzten Jahres

- weniger als 1 Monat
- mehrfach längere AU, nämlich (Auflistung): \_\_\_\_\_
- nahezu das ganze Jahr oder länger, nämlich seit: \_\_\_\_\_

Gibt es ggf. Probleme oder Konflikte an Ihrem Arbeits- / Ausbildungsplatz?

- nein       ja, folgende:

---

## 8. Was gibt Ihnen Kraft und Halt in Ihrem Leben?

- Hobbies, nämlich welche? \_\_\_\_\_
- persönliche Stärken, nämlich welche? \_\_\_\_\_
- Spiritualität, z.B. in Form von \_\_\_\_\_
- andere Kraftquellen: \_\_\_\_\_
- Religion spielt eine starke Rolle, ich gehöre folgender Glaubensgemeinschaft an: \_\_\_\_\_

---

## 9. Erleben von Unterstützungsangeboten und Selbsthilfeaktivitäten

Welche der folgenden Unterstützungsangebote oder eigenen Aktivitäten haben Ihnen im Verlauf der letzten 6 Monate geholfen oder geschadet?

Bitte kreuzen Sie jeweils an:

nachfolgendes Unterstützungsangebot	habe ich nicht genutzt	hat mir eher geschadet	weder noch	hat mir eher geholfen	hat mir sehr geholfen
Hausarzt	<input type="checkbox"/>				
amb. Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>				
Psychiater	<input type="checkbox"/>				
Beratungsstelle / sozialpsych. Dienst o.ä.	<input type="checkbox"/>				
Partner	<input type="checkbox"/>				
andere Familien.- Angehörige	<input type="checkbox"/>				
Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>				
andere Betroffene (z.B. ehemalige Mitpatienten)	<input type="checkbox"/>				
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>				
Selbsthilfebücher/ Fachliteratur	<input type="checkbox"/>				
Informationen zu meinem Störungsbild im Internet	<input type="checkbox"/>				
Spezielle Internetforen / Online-Chats mit anderen Betroffenen	<input type="checkbox"/>				

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

---

---

---

---

11. **Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie durch die beantragte Behandlung erreichen möchten:**

1. 

---
2. 

---
3. 

---





## C. Lebensgeschichte (Biografie)

### 1. Bei wem sind Sie bis zum 18. Lebensjahr aufgewachsen?

- bei beiden Eltern von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- bei Mutter / Vater von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- bei Großeltern von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- bei Adoptiveltern von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- bei Stiefvater / Stiefmutter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- bei Pflegeeltern von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- im Heim von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### 2. Wo sind Sie überwiegend aufgewachsen?

- Dorf oder ländliche Umgebung wo \_\_\_\_\_
- Kleinstadt wo \_\_\_\_\_
- mittlere Stadt wo \_\_\_\_\_
- Großstadt wo \_\_\_\_\_
- Ausland wo \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_
- häufig wechselnd

### 3. Gab es besondere Schicksalsschläge in Ihrer Herkunftsfamilie?

---



---



---

### 4. Erlebten Sie als Kind oder Jugendliche/r in Ihrem Zuhause:

- Inkonsequenz und Unberechenbarkeit
- Vernachlässigung
- unangemessen harte Bestrafungen
- körperliche Gewalt / Züchtigungen
- psychische Gewalt oder Bedrohungen
- sexuelle Gewalt oder Grenzüberschreitungen
- lange Trennungen von den Eltern / Bezugspersonen
- häufige Wohnortwechsel
- schwerwiegende Krankheiten oder Unfälle von Familienmitgliedern
- Todesfälle, wer \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_
- Alkohol, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, durch wen \_\_\_\_\_
- Sonstiges, nämlich \_\_\_\_\_



**5. Welche Berufe übten Ihre Eltern in Ihrer Kindheit und Jugend aus?**

Vater \_\_\_\_\_ Mutter \_\_\_\_\_

**6. Wie haben Sie in Ihrer Kindheit und Jugend Ihre Eltern erlebt?**

Mutter \_\_\_\_\_

Vater \_\_\_\_\_

**7. Beschreiben Sie die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Hatten Sie in Ihrer Kindheit oder Jugend Schwierigkeiten mit**

- |                                                   |                                                 |                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Essen                    | <input type="checkbox"/> Schlafen               | <input type="checkbox"/> Sprechen       |
| <input type="checkbox"/> nächtlichem Aufschrecken | <input type="checkbox"/> Sauberkeit             | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität |
| <input type="checkbox"/> Alpträumen               | <input type="checkbox"/> Spielen                | <input type="checkbox"/> Wutausbrüchen  |
| <input type="checkbox"/> Freundschaften           | <input type="checkbox"/> Lügen                  | <input type="checkbox"/> Einnässen      |
| <input type="checkbox"/> Phantasieren             | <input type="checkbox"/> von zu Hause weglaufen | <input type="checkbox"/> Sonstiges      |

**9. Gibt es längere Phasen aus Ihrer Kindheit oder Jugend, an die Sie sich nicht oder nur sehr vage erinnern können?**

- nein  ja, nämlich vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr



### Traumavorgeschichte

Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es persönlich oder als Zeuge erlebt haben.

Bitte kreuzen Sie **JA** an, wenn dies der Fall war, und **Nein**, wenn dies nicht der Fall war.

Nr.	Ereignis	Ja	nein	persönlich	als Zeuge	im Alter von:
1.	Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)					
2.	Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)					
3.	Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)					
4.	Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)					
5.	Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)					
6.	Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)					
7.	Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet					
8.	Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel)					
9.	Folter					
10.	Lebensbedrohliche Krankheit					
11.	Anderes traumatisches Ereignis Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis:					
<p><b>Wenn Sie mehrmals <u>JA</u> angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet: Nr. _____</b></p>						

### 11. Schulische Entwicklung

Hatten Sie in der Schulzeit Schwierigkeiten?

- |                                                            |                                                               |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit Lehrern                       | <input type="checkbox"/> mit Mitschülern / Ausgrenzung        |
| <input type="checkbox"/> mit dem Lernen und den Leistungen | <input type="checkbox"/> mit Konzentration und Aufmerksamkeit |
| <input type="checkbox"/> Disziplin und Pünktlichkeit       | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehauptung                 |

### 12. Welche Schulen haben Sie besucht?

Schulart	Jahre	Abschluss
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### 13. Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert?

- keine Berufsausbildung, angelesene Tätigkeiten
- noch in der Ausbildung / Schule / Studium im Fach \_\_\_\_\_
- abgeschlossene Lehre als \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_
- abgebrochene Lehre \_\_\_\_\_
- abgeschlossenes Studium als \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_
- abgebrochenes Studium \_\_\_\_\_
- Umschulungen / sonstige berufl. Qualifikationen \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

### 14. Beruflicher Werdegang

Bitte auch Phasen längerer Arbeitslosigkeit eintragen

Jahr	Dauer	Berufs- / Tätigkeitsbezeichnung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



## D. Testdiagnostik

siehe Anlagen

- IES-R
- DESTAX
- HEALTH-49 (Hamburger Module)
  
- Anmeldebogen ambulanter Therapeut

---

**Datum:**

**Unterschrift:**

**Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!**

## IES-R

Denken Sie bitte an den Vorfall: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, mußte ich daran denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich stellte fest, daß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte nicht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es kam vor, daß die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich träumte davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Testbeschreibung: IES-R



## Hamburger Module (HEALTH-49)

**A** Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

**Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?**

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2 Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5 Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6 Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7 Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
8 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
9 einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
10 Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
11 fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
12 einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
13 Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
14 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
15 Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
16 Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
17 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
18 Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**B** Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2 Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3 Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4 Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5 Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## Hamburger Module (HEALTH-49)

**C** Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

**Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?**

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2 unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3 unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4 unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5 unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6 darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7 unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**D** Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**. Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**.

**Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...**

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1 mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2 meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3 schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4 meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5 mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## Hamburger Module (HEALTH-49)

<b>E</b> Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden <b>in den letzten zwei Wochen!</b>						
Wie oft hatten Sie irgendwelche <b>Schwierigkeiten bei der Arbeit</b> oder anderen <b>alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?</b>						
nie            selten            gelegentlich            oft            immer						
1	Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2	Ich konnte <b>nicht so sorgfältig</b> wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
nicht            wenig            mittel            ziemlich            sehr						
3	Wie sehr waren Ihre normalen <b>Kontakte</b> zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis <b>beeinträchtigt</b> ?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4	Wie stark waren Sie darin <b>beeinträchtigt</b> , sich <b>selbst zu versorgen</b> (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Wie oft waren Sie in Ihrer <b>Freizeit beeinträchtigt</b> ?						
nie            selten            gelegentlich            oft            immer						
5	Ich konnte <b>nicht so lange</b> wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6	Ich konnte <b>nicht</b> meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

<b>F</b> Manchmal ist das <b>Verhalten der anderen</b> sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. <b>Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...</b>						
nie            selten            gelegentlich            oft            immer						
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## Anmeldung zur stationären Traumatherapie

Bitte zurück an:

Klinik St. Irmingard GmbH  
Sekretariat Psychotraumatologie  
Osternacher Straße 103  
83209 Prien am Chiemsee

Dr. Peter Heinz  
Chefarzt Psychotraumatologie  
Sekretariat Tel. +49 (8051) 607-530  
Fax +49 (8051) 607-528  
sekr.psychotraumatologie@st-irmingard.de  
www.st-irmingard.de

### Therapeutenbogen (amb.)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,  
eine gut abgestimmte patientenbezogene Übergabe erweist sich als eine wichtige Voraussetzung für eine  
erfolgreiche stationäre Traumatherapie. Wir bitten Sie daher, uns den nachfolgenden Fragebogen  
ausgefüllt zukommen zu lassen.

Hilfreich sind auch ein aktueller schriftlicher Bericht oder ein bereits vorliegender Psychotherapieantrag  
(bitte senden an obige Adresse).

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail an den Chefarzt Dr. Peter Heinz (s. o.)

**Betrifft Patient (Name):** .....

**Ambulanter Therapeut (Name, Anschrift):** .....

**Telefonische Erreichbarkeit (Tel.-Nr. , Sprechzeiten):** .....

**Erreichbarkeit per E-Mail (anonymer Austausch):** .....

#### Angaben zur ambulanten Behandlung:

**Therap. Verfahren/Methoden:** VT  tiefenpsycholog.  psychoanalytisch  andere: .....

Wie lange (ggf. wie viele Std.) kann die amb. Behandlung bei Ihnen nach dem stat. Aufenthalt  
voraussichtlich noch weitergeführt werden? .....

Evtl. bisherige Behandlungsschwerpunkte, wichtige Erfahrungen aus der laufenden Therapie,  
z.B. Umgang mit Behandlungskrisen: .....

.....  
.....  
.....

**Anmeldung zur stat. Traumatherapie,  
Therapeutenbogen (amb.), Seite 2**

für Frau/Herr ..... (Name Patient)

-----

Verfügbare Methoden:		bisher angewandte Methoden:	
EMDR	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Traumafok. VT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Screeentechnik (hypnother.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ego State	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
DBT / Skillstr.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere traumaspezifische	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Empfehlenswerte Schwerpunkte/Therapieziele der stationären Therapie**

	Nein	vielleicht	Ja	Anmerkungen
Änderung/Einleitung einer Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Traumakonfrontation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Arbeit an der inneren Kommunikation/ego-states	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Arbeit an Täterkontakt oder an anderen destruktiven Bindungen (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Probleme in Partnerschaft/mit Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Klärung sozialrechtlicher Fragen (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Klärung Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Einleitung zusätzlicher amb. Unterstützungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Andere Anliegen an die Klinik (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Datum:** ..... **Unterschrift Therapeut** .....

KSI\_PSYCHOTRAUMA\_048\_0717\_Therapeutenbogen\_für\_erste\_Anmeldung

