

Zurück an :

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

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

**ANMELDEBOGEN ZUR WIEDERAUFNAHME
auf die Traumastation**

Die Angaben dieses Fragebogens sind ausschließlich für die Überprüfung der Indikation zur Wiederaufnahme und ggf. zur Planung der Behandlung bestimmt und werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie die Fragen so zutreffend wie möglich
(bitte in Druckschrift).

Name, Vorname: _____ Geb.- Datum: _____

PLZ _____ Wohnort _____ Str. _____

Tel. privat: _____ ggf. dienstlich: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Zusatz.-Vers. _____



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

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ
- Komfort-Zimmer Paket PRIMA ambiente: 31,00 € pro Tag** (Stand 1.8.2010)
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** (Stand 1.8.2010)
Alle PRIMA ambiente Leistungen
Zusätzlich jede Woche eine Therapie- oder Kosmetikbehandlung (60 Min.) inklusive, Tageszeitung, wahlweise Nordic-Walking-Stöcke oder 7-Gang Fahrrad, Obststeller

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

Terminwunsch:

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:

⋮

Checkliste für die Wiederanmeldung:

- Bitte vollständiges Ausfüllen des Anmeldebogens. In vielen Fällen bewährt es sich, die nachfolgenden Fragen auch mit dem ambulanten Therapeuten zu besprechen.
- Zusendung von Arztberichten zwischenzeitlicher stationärer Behandlungen
- Bitte beachten Sie auch den beigefügten Wiederanmelde-Bogen für Ihren ambulanten Therapeuten, den Sie bitte an diesen weiterleiten.
- Zusendung der Krankenhaus-Einweisung
- Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse durch den zuweisenden Arzt in ausreichendem zeitlichen Abstand vor dem Aufnahmetermin (ca. 8 – 10 Wochen) und unaufgeforderte Zusendung an uns

Allgemeine Angaben:

Der letzte Aufenthalt in der Klinik St. Irmingard war vom bis

Mein zuständiger Einzeltherapeut war:

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

.....

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

.....

Ambulanter Psychotherapeut: (bitte Name, Adresse und Tel. Nr. angeben):

.....

Psychiater (Name, Adresse und Tel. Nr. angeben):

.....

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:

Angaben zur Entwicklung der Beschwerden

1. Wie haben sich Ihre Beschwerden und Probleme seit Ihrem letzten Aufenthalt entwickelt?

2. Gab es besondere Belastungssituationen / Schicksalsschläge seit dem letzten Aufenthalt?

nein ja

Falls ja: welche?::

3. Gab es Suizidversuche?

nein ja

Ggf. Auslöser und Art des Suizidversuchs:

4. Kam es seit der letzten stationären Behandlung zu selbstschädigendem Verhalten?

nein ja

Ggf. Angaben zu Häufigkeit / Art und Weise:

5. Befanden Sie sich zwischenzeitlich in stationärer Behandlung?

nein ja

Wenn ja, bitte geben Sie Klinik und Zeitraum der Behandlung an und fügen die entsprechenden Entlassungsbriefe bei bzw. veranlassen deren Übersendung an uns.

6. Trinken Sie zurzeit Alkohol?

nein ja nämlichwie oft / wie viel?.....

7. Nehmen Sie zurzeit Drogen?

nein ja nämlich..... wie oft / wie viel?.....

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

Größe cm Gewicht:kg

9. Bestehen Essanfälle oder herbeigeführtes Erbrechen?

nein ja, wie oft?

10. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte geben sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann

11. Welche Therapiemaßnahmen waren für Sie beim letzten stationären Aufenthalt besonders hilfreich?

12. Welche Schwerpunkte haben Sie zwischenzeitlich in der ambulanten Therapie verfolgt?



Selbsteinschätzung der Fähigkeit zur Selbststeuerung:

Was triggert Sie im Alltag?

Was sind Ihre Erfahrungen mit der achtsamen Selbstbeobachtung, woran erkennen Sie z.B. Ihre Frühzeichen für drohende schwere Stressreaktionen?

Welche Skills setzen Sie bei dissoziativen Zuständen oder bei traumatischem Wiedererleben (z.B. Flashback) ein? Welchen Erfolg haben Sie dabei in der Regel?

Welche Erfahrungen machen Sie mit Umgang mit belastenden Gefühlen im Alltag (z.B. Schamgefühle, Selbstabwertung, Einsamkeit, Angst, Ärger etc.)? Was hat sich verändert seit dem letzten Aufenthalt?

Was sind Ihre typischen problematischen / schädlichen Bewältigungsstrategien im Alltag und wie gehen Sie mittlerweile damit um?

Was unternehmen Sie zu Ihrer Selbstfürsorge?



Welche Ziele streben Sie bei der geplanten Behandlung an?

Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie erreichen möchten!

1.....

2.....

3.....

Falls Sie beim nächsten Aufenthalt eine Traumakonfrontation anstreben, bitten wir Sie, auch über die nachfolgenden Fragen nachzudenken:

Welche Veränderungen Ihrer Beschwerden möchten Sie durch eine Traumakonfrontation erreichen?

Welche Ängste / Vorbehalte bestehen noch bzgl. der Durchführung einer Traumakonfrontation, die noch geklärt werden sollten? Gibt es in Ihnen beispielsweise noch stark widerstreitende Seiten bezüglich der Durchführung einer Traumakonfrontation (z.B. Schweigegebote)?

Wie schätzen Sie Ihre Bereitschaft ein, zur Erreichung Ihrer Ziele vorübergehend mehr Belastung in Kauf zu nehmen? Werden Sie beispielsweise selbstverantwortlich mit Krisensituationen umgehen, die in diesem Zusammenhang mit einer Traumakonfrontation auftreten könnten?

Datum und Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

Anmeldung zur Wiederaufnahme auf die Traumastation

Bitte zurück an:

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

Dr. Peter Heinz
Chefarzt der Abt. 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,
Ihre Patientin / Ihr Patient strebt eine Wiederaufnahme auf unserer Traumastation an. Mehrere stationäre Behandlungsintervalle oder gar eine beim Voraufenthalt bereits vorausgeplante Intervallbehandlung unterstützen wir dann,

- i.d.R. nur dann, wenn eine Traumakonfrontation durchgeführt werden soll
- wenn die Maßnahme einem prognostisch aussichtsreichen und schlüssigen Gesamtbehandlungsplan mit dem Schwerpunkt in der ambulanten Therapie folgt (realistische Ziele, die nur in mehreren Etappen und unter Einsatz multimodaler Therapieansätze erreichbar sind)
- wenn der angestrebte Fortschritt im Heilungsprozess nur durch die Einbeziehung der Mittel des Krankenhauses (Forderung nach SGB V) erreichbar ist
- wenn die Therapiemotivation der Patientin / des Patienten und die Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung sehr hoch ist
- wenn die am Ende des vorausgegangenen Aufenthaltes formulierten Zwischenziele soweit als möglich umgesetzt wurden und die erarbeiteten selbstregulatorischen Fertigkeiten („Skills“) weiter konsequent eingesetzt wurden

Ihre persönliche Einschätzung bzgl. der Sinnhaftigkeit und der Notwendigkeit einer erneuten stationären Aufnahme ist ein wichtiger Bestandteil unserer internen Indikationsprüfung.

Wir bitten Sie, uns den nachfolgenden Fragebogen ausgefüllt zukommen zu lassen. Bitte nutzen Sie ein zusätzliches Blatt, wenn der geringe Platz auf Seite 2 nicht ausreicht.

Hilfreich ist auch ein aktueller schriftlicher Bericht über den Verlauf der amb. Therapie (bitte senden an obige Adresse).

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

Therapeutenbogen (amb.) Seite 2

Anmeldung zur Wiederaufnahme / Intervalltherapie Traumastation

betrifft Patient (Name):.....

ambulanter Therapeut (Name, Anschrift):.....

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

Erreichbarkeit per E-Mail (anonymisierter Austausch):.....

Ich unterstütze die Wiederaufnahme / Intervallbehandlung ja eher nein

ich benötige mehr Information / Austausch

Angaben zur bisherigen ambulanten Behandlung:

Therap. Verfahren : VT tiefenpsycholog. psychoanalytisch andere:.....

Wieviele Std. stehen nach dem Aufenthalt voraussichtlich noch zur Verfügung?.....

Verfügbare Methoden: DBT Ego-States-Th. EMDR Bildschirmtechnik VT/

kognit. Konfrontationsmethoden andere traumaspez. Methoden:

Traumakonfrontation im amb. Setting wurde bereits angewandt: nein ja ggf. welche Methode / Anzahl der Sitzungen / welche Erfahrungen?.....

Angaben zur stationären Therapie:

Wie beurteilen Sie den Erfolg des vorausgegangenen Aufenthaltes?

.....

Wie beurteilen Sie die Umsetzung der vereinbarten Zwischenziele / Nutzung der Skills?

(siehe Entlassbericht oder entsprechende Arbeitsblätter des Patienten)

.....

Welche Therapieziele sollten aus Ihrer Sicht bei einem weiteren stat. Aufenthalt angestrebt werden?

.....

Spezielle Anliegen an die Klinik:

Datum: _____ Unterschrift Therapeut _____

KSI_PSYCHOTRAUMA_051_0417_Therapeutenbogen_Wiederanmeldung

