

**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 in der Regel nicht 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 Aufnahmetermin (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<br><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: 33,00 € 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: 43,00 € 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 psychotraumatologischen 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, Verhalten, 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 Erwachsenenleben, 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-<br>zustand /<br>ggf.<br>Todesjahr | Beruf /<br>Familien-<br>stand | Qualität und Intensität des<br>Kontakts,<br>evtl. besondere Belastungen |
|---|-------|--|-------------------------------|---|
| Partner / Ehegatte                                  |       |  |                               |   |
| evtl. frühere Partner                               |       |  |                               |   |
| Kinder<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |       |  |                               |   |



**4. Angaben zur Herkunftsfamilie:**

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

**5. Aktuelle außerfamiliäre Kontakte:**

|   | Alter | Gemeinsamer<br>Lebenszusammenhang<br>(z.B. Schulfreundin) | Häufigkeit und Qualität des<br>heutigen Kontakts |
|---|-------|---|--|
| Freunde<br>.....<br>.....<br>.....                  |       |   |  |
| Andere wichtige<br>Bezugspersonen<br>.....<br>..... |       |   |  |

**6. Bestehen aktuell Beziehungen, die Ihnen deutlich schaden?**

- nein       Ja, nämlich

---



---

**7. 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

---

**8. 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| amb. Psychotherapeut   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychiater   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratungsstelle / sozialpsych. Dienst o.ä.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partner  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Familien.- Angehörige                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freunde / Bekannte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Betroffene (z.B. ehemalige Mitpatienten)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfegruppe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfebücher/ Fachliteratur                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zu meinem Störungsbild im Internet               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spezielle Internetforen / Online-Chats mit anderen Betroffenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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<br>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, angelernte 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

- ITQ
- DES-T
- PHQ-Module
  
- Anmeldebogen ambulanter Therapeut

---

Datum:

Unterschrift:

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



**Internationaler Traumafragebogen**

Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

**Belastende Lebenserfahrung** \_\_\_\_\_

**Wann fand dieses Erlebnis statt? (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)**

- a. vor weniger als 6 Monaten
- b. vor 6 bis 12 Monaten
- c. vor 1 bis 5 Jahren
- d. vor 5 bis 10 Jahren
- e. vor 10 bis 20 Jahren
- f. vor mehr als 20 Jahren

**Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.**

|   | <i>Gar nicht</i> | <i>Ein bisschen</i> | <i>Mittelmäßig</i> | <i>Ziemlich</i> | <i>Sehr stark</i> |
|---|------------------|---------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| P1. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.  | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| P2. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet. | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| P3. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).  | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| P4. Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).                             | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| P5. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.  | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| P6. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.  | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |

**Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:**

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| P7. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P8. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P9. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |



Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

**Wie sehr trifft dies auf Sie zu?**

|   | <i>Gar nicht</i> | <i>Ein bisschen</i> | <i>Mittelmäßig</i> | <i>Ziemlich</i> | <i>Sehr stark</i> |
|---|------------------|---------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| C1. Wenn ich aufgeregt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige. | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| C2. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.                        | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| C3. Ich fühle mich als Versager.  | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| C4. Ich fühle mich wertlos.   | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| C 5. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.    | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |
| C6. Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.         | 0                | 1                   | 2                  | 3               | 4                 |

**Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:**

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| C7. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C8. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C9. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |



Dieser Fragebogen besteht aus 8 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse in den letzten 4 Wochen einschließlich heute gehabt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluß von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Bitte markieren Sie durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

1. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)

2. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)

3. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)

4. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, daß sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)

5. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, daß andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil des Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)

7. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, daß sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, daß sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)

8. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie)    10    20    30    40    50    60    70    80    90    100% (immer)



| 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             |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| 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? | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |

**Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:**

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert



| 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             |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schwierigkeiten zu entspannen   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit   | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert



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

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht  
erschwert

Etwas  
erschwert

Relativ stark  
erschwert

Sehr stark  
erschwert

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



## 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 (anonymisierter 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:       | <input type="checkbox"/> | bisher angewandte Methoden: | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| EMDR                       | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> |
| Traumafok. VT              | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> |
| Screentechnik (hypnother.) | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> |
| Ego State Therapie         | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> |
| DBT / Skillstraining       | <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....       |
| 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\_082\_F25\_Anmeldebogen\_Psychotraumatologie\_202001