

Zurück an :

Klinik St. Irmingard
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

ANMELDEBOGEN ZUR WIEDERAUFNAHME auf die Traumastation

Die Angaben dieses Fragebogens sind ausschließlich für die 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: 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, Obststeller

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

Termin:

Ich kann jederzeit kurzfristig anreisen Ja Nein

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

Die Aufnahme kann erst ab dem _____ aus folgendem Grund erfolgen: _____.

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

Mein zuständiger Einzeltherapeut war: _____ Station _____

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 beigegefügtten Wiederanmeldebogen für Ihren ambulanten Therapeuten, den Sie bitte an diesen weiterleiten.
- Für die Aufnahme benötigen Sie dann eine Krankenseinweisung und ggf. eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.



Persönlicher Bericht für die Wiederaufnahme

1. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Beschwerden und Probleme, aufgrund derer Sie wieder eine Behandlung in der Klinik St. Irmingard wünschen.

.....

.....

.....

.....

2. Wie haben sich Ihre Beschwerden oder Probleme seit Ihrer Entlassung entwickelt?

.....

.....

.....

.....

3. Wie hat sich die letzte stationäre Behandlung auf Ihre Beschwerden und Ihr Leben ausgewirkt?

.....

.....

.....

.....





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

.....

.....

.....

.....

5. Welche wichtigen privaten und beruflichen Veränderungen und Ereignisse hat es in Ihrem Leben seit dem letzten Aufenthalt gegeben?

.....

.....

.....

.....

6. Befanden Sie sich seit der letzten stationären Behandlung in einer schweren seelischen Krise?

nein ja von _____ bis _____

Auslöser hierfür war: _____

7. Gab es dabei Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

nein ja

Auslöser hierfür war: _____

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

nein ja

in Form von _____

9. Trinken Sie zurzeit Alkohol?

nein ja nämlich _____ wie oft / wie viel _____



10. Nehmen Sie zurzeit Drogen?

nein ja nämlich _____ wie oft / wie viel _____

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

Größe: cm Gewicht: kg

12. Bestehen Essanfälle oder herbeigeführtes Erbrechen?

nein ja wie oft? _____

13. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte geben sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann

14. Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung?

nein ja

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

nein ja

Wenn ja, welches Ziel bzw. welche Themen standen im Vordergrund der Therapie

.....

Bitte geben Sie **Name, Adresse und Telefon-Nr.** Ihrer Behandler **vollständig** an und erteilen uns durch Ihre Unterschrift eine Schweigepflichtentbindung für evtl. Nachfragen bei den Vorbehandlern.

.....

.....

Schweigepflichtsentbindung: Ich entbinde die o.g. Ärzte / Therapeuten sowie die Ärzte der psychotraumatologischen Abteilung der Klinik St. Irmingard von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogenen Nachfragen.

Datum und Unterschrift:



15. 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.

.....

.....

.....

.....

16. Was sollte sich für Sie durch die Behandlung in der Klinik St. Irmingard ändern?

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

1.

.....

2.

.....

3.

.....

Datum und Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!



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: _____



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 | d. vor 5 bis 10 Jahren |
| b. vor 6 bis 12 Monaten | e. vor 10 bis 20 Jahren |
| c. vor 1 bis 5 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?

	Gar nicht	Ein bisschen	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr stark
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

International Trauma Questionnaire, Cloitre et al., 2018; Deutsche Übersetzung: Lueger-Schuster, Knefel, Maercker, 2018

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)

DES-T (Spitzer, Freyberger, Brähler, Beutel, Stieglitz, 2015)

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3





Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3





Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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 beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
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 (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der 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 Wiederaufnahme auf die Traumastation
Therapeutenbogen (amb.)

Bitte zurück an:

Klinik St. Irmingard
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

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,

- 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 CA 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:.....

Wie viele 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** _____