

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 in der Abteilung für Psychotraumatologie der Klinik St. Irmingard
Gültig für:
Traumastation und Institutsambulanz für Komplexe Traumafolgestörungen

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. 100 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
- zur Behandlung in der Ambulanz für komplexe Traumafolgestörungen
(auch beide Kreuzchen sind möglich)
- „noch unklar, ob ambulante oder stationäre Behandlung“

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
- Möglichst Krankenseinweisung plus Überweisungsschein. Klären Sie bitte ggf. mit unserem Sekretariat, welche Formulare mit welchen diagnostischen Angaben erforderlich sind!
- Bitte beachten Sie auch das Informationsschreiben und den Anmeldebogen für Ihren ambulanten Therapeuten (Seite 29ff.), welche Sie bitte an diesen weiterleiten.

Zur Aufnahme für stationäre Krankenhausbehandlung:

- Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse durch den zuweisenden Arzt in ausreichendem zeitlichen Abstand vor dem Aufnahmetag (ca. 8 – 10 Wochen) und unaufgeforderte Zusendung an uns.
- Kostenzusage ist nicht erforderlich bei folgenden Krankenkassen: SBK, Barmer, TTK, AOK, DAK und diversen Betriebskrankenkassen (klären Sie dies bitte ggf. mit unserem Sekretariat ab)



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: 35 € pro Tag** (Stand September 2023)
1-Bett-Zimmer, freundliche Zimmerausstattung inkl. Hotelbettwäsche und -vorhänge, Dekoartikel, Internet (WLAN), Telefon Flatrate, Minibar, TV, CD- & DVD-Player, Badetücher & -mantel, Parkplatz
- Komfort-Zimmer & Serviceleistungen Paket PRIMA ambiente plus: 39 € pro Tag**
(Stand September 2023)
Alle PRIMA ambiente Leistungen
Tageszeitung, Nordic-Walking-Stöcke, 7-Gang Fahrrad, Obststeller und Kaffe-/Kuchengutschein 1x wöchentlich

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

Spezielle Fragen zu einer evtl. Behandlung in der Traumaambulanz:

Im Verlauf der Indikationsprüfung für die Behandlung in unserer Abteilung erhalten Sie ggf. weitere Information zur Institutsambulanz für komplexe Traumafolgestörungen. Es handelt sich um eine methoden- und berufsgruppenübergreifende Behandlung. Die Fahrtkosten werden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt und müssen im Regelfall selbst getragen werden.

Bei den nachfolgenden Fragen handelt es sich um orientierende und noch nicht verbindliche Auskünfte.

- Eine hochfrequente Behandlung (Termine ca. einmal pro Woche oder 14-tägig) kommt für mich prinzipiell infrage. Ja Nein
- Eine niederfrequente Behandlung (Termin ca. alle 6 Wochen) kommt für mich prinzipiell infrage Ja Nein

Die nachfolgenden Punkte bitte nur auszufüllen, falls eine Behandlung in der Ambulanz prinzipiell infrage kommt:

Ich komme mit dem PKW Ja Nein

Ich fahre selbst , ich werde gebracht

Ich komme mit dem Zug Ja Nein

Ich bin zeitlich soweit flexibel, dass ich Montag bis Mittwoch tagsüber ggf. auch für mehrere Stunden die Behandlung in der Ambulanz in Anspruch nehmen kann

Ja Nein

Ich kann sicherstellen, dass ich unterstützend auch an Online Therapie (Videogespräche) teilnehmen kann. Technische Voraussetzung (Smartphone, Tablet oder PC und ggf. WLAN) sind bei mir zuhause gegeben

Ja Nein

Ich werde derzeit noch in einer anderen psychiatrischen oder psychosomatischen Intstitutsambulanz behandelt

Ja Nein

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):

.....

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

.....

Sind Sie wegen einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung regelmäßig in
Behandlung bei einem anderen Facharzt? (bitte Name, Facharztbezeichnung, Adresse und
Tel.-Nr. angeben).

.....

Spielen weitere professionelle Helfer im Rahmen Ihrer Behandlung eine
wichtige Rolle (bitte Name, Adresse und Tel.-Nr. angeben):

.....

.....

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 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 _____

Spielt ggf. die körperliche Erkrankung für die Bewältigung Ihrer psychischen Beschwerden eine wichtige Rolle?

Ja Nein

Hindern Sie ggf. die psychischen Beschwerden daran, die empfohlene Behandlung der körperlichen Erkrankung wahrzunehmen?

Ja Nein

23. Covid 19-bezogene Fragen:

Aufgrund der Onkologischen und Kardiologischen Fachabteilungen in der Klinik St. Irmingard sind die Covid-19-bedingten Auflagen sehr streng.

Sind Sie motiviert und in der Lage, die Therapie im Bedarfsfall auch mit Maske durchzuführen?

Ja Nein

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. 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:

9. 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:

10. 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"/>				

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

12. 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: Internationaler Fragebogen zur Erhebung
traumatischer Ereignisse (ITEM)**

Geben Sie bitte an, ob Sie eines oder mehrere der folgenden traumatischen Ereignisse während verschiedener Abschnitte Ihres Lebens erlebt haben. Bitte lesen Sie die Beschreibung jedes traumatischen Ereignisses und geben Sie an, ob Sie das jeweilige Ereignis in der Kindheit, in der Jugend und/oder im Erwachsenenalter erlebt haben.

	Kindheit (0-12)	Jugend (13-18)	Erwachsen (18+)
1. Bei Ihnen wurde eine lebensbedrohliche Krankheit diagnostiziert.			
2. Jemand, der Ihnen nahestand, ist auf schreckliche Weise gestorben.			
3. Jemand, der Ihnen nahesteht, wurde mit einer lebensbedrohlichen Krankheit diagnostiziert oder hatte einen lebensbedrohlichen Unfall.			
4. Jemand hat Ihr Leben mit einer Waffe bedroht (Messer, Schusswaffe, ...)			
5. Sie haben von einem Elternteil oder einer erziehungsberechtigten Person körperliche Gewalt erfahren (geschlagen, getreten, geohrfeigt, überfallen, ausgeraubt usw.).			
6. Sie haben von jemand anderem als einem Elternteil oder einer erziehungsberechtigten Person körperliche Gewalt erfahren (geschlagen, getreten, geohrfeigt, überfallen, ausgeraubt usw.).			
7. Sie wurden von einem Elternteil oder einer erziehungsberechtigten Person sexuell missbraucht (anal, vaginal, oral oder jeglicher Kontakt mit intimen Körperbereichen).			
8. Sie wurden von jemand anderem als einem Elternteil oder einer erziehungsberechtigten Person sexuell missbraucht (anal, vaginal, oral oder jeglicher Kontakt mit intimen Körperbereichen).			
9. Sie wurden sexuell belästigt (nicht erwünschte sexuelle Bemerkungen oder Verhaltensweisen).			
10. Sie waren einer Kriegs- oder Gefechtssituation ausgesetzt (als Soldat*in oder Zivilist*in).			
11. Sie wurden gefangen gehalten und/oder gefoltert/gequält.			
12. Sie haben einer anderen Person extremes Leid zugefügt oder den Tod einer Person verursacht.			
13. Sie haben miterlebt, wie einer anderen Person extremes Leid zugefügt wurde oder eine andere Person zu Tode gekommen ist.			
14. Sie waren in einen Unfall verwickelt bei dem Ihr Leben in Gefahr war (z.B. im Verkehr, bei der Arbeit, zuhause oder in der Freizeit).			

	Kindheit (0-12)	Jugend (13-18)	Erwachsen (18+)
15. Sie wurden von jemandem gestalkt.			
16. Sie wurden wiederholt gemobbt (online oder offline).			
17. Sie wurden von jemandem gedemütigt, runtergemacht oder beleidigt.			
18. Ihnen wurde das Gefühl gegeben nicht geliebt, nicht willkommen oder wertlos zu sein.			
19. Sie wurden vernachlässigt, ignoriert, abgelehnt oder ausgeschlossen/isoliert.			
20. Tragen Sie bitte nicht aufgeführte Ereignisse ein (genauer beschreiben).			

Bitte geben Sie an, welches Ereignis Sie am schlimmsten fanden, indem Sie die entsprechende Nummer des Ereignisses aus der Liste eintragen und es in Ihren Worten kurz benennen:

Wenn Sie dieses Ereignis mehr als einmal erlebt haben, geben Sie bitte an, wie oft Sie dieses Ereignis ungefähr erlebt haben:

Wie lange liegt dieses Ereignis zurück? (Wenn Sie das Ereignis mehr als einmal erlebt haben, geben Sie bitte den frühesten Zeitpunkt an.)

- Weniger als ein Monat
- 1-6 Monate
- 6-12 Monate
- 1-5 Jahre
- 6-10 Jahre
- Mehr als 10 Jahre

Welche Emotion verbinden Sie am stärksten mit diesem Ereignis?

- Angst
- Wut
- Ekel
- Trauer
- Scham
- Schuld
- keine Emotion
- andere Emotion

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 (siehe ITEM Fragebogen unter Punkt 10): _____

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 aufgebracht 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"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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 be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- 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 (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!



Bitte leiten Sie die nachfolgenden Seiten **„Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte“** und **„Bogen für den ambulanten Therapeuten“** an Ihre ambulante Behandlerin oder Ihren Behandler weiter.

Die Überprüfung der Indikation für eine Behandlung in unserer Abteilung beginnt erst, wenn die Anmeldeunterlagen komplett vorliegen.

Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte zur Abteilung für Psychotraumatologie

Die Abteilung für Psychotraumatologie richtet sich primär an PatientInnen mit Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Kindheit (70-80%), die schwere und chronische posttraumatische Belastungsstörungen sowie zahlreiche Komorbiditäten (affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen usw.) aufweisen. Die psychotherapeutische Behandlung bei komplexen Traumafolgestörungen erfordert in aller Regel längerfristige, über mehrere Jahre angelegte Maßnahmen, die oft auch eine Kombination von ambulanten und stationären Therapien beinhalten.

Die Abteilung für Psychotraumatologie der Klinik St. Irmingard verfügt ab Januar 2022 neben der Traumastation auch über eine Institutsambulanz für komplexe Traumafolgestörungen. Wenn sich abzeichnet, dass die bisherigen ambulanten Therapieangebote zur Erreichung der Behandlungsziele nicht ausreichen, möchten wir Sie daher gerne bei der Einleitung von traumaspezifischen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen unserer Fachklinik unterstützen.

Institutsambulanz für Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen

Die Klinik St. Irmingard eröffnet im Januar 2022 eine Psychosomatische Institutsambulanz (nach § 118 Absatz 3 SGBV) mit einer Spezialisierung für Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen. Zielsetzung ist es, dieser bisher ambulant wie auch stationär unterversorgten Patientengruppe eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige ambulante Behandlung zu ermöglichen.

Die Ambulanz wird schrittweise aufgebaut und beginnt ihre Tätigkeit zunächst im Rahmen einer Pilotphase.

Das Wichtigste in Kürze:

- Unsere Behandlungskapazitäten sind zunächst noch stark limitiert, sodass sich ggf. auch im Rahmen der Ambulanz leider längere Wartezeiten ergeben können bzw. dass nicht alle Patienten, für welche formal die Zugangsvoraussetzungen bestehen, aufgenommen werden können!
- Wir bieten derzeit nur Leistungen an, wenn parallel eine psychotherapeutische Behandlung bei einem niedergelassenen Kollegen sichergestellt ist.
- Die Betreuung von Akuttraumatisierten (ohne bereits geregelte ambulante Psychotherapie) ist nicht möglich
- Es handelt sich um ein multiprofessionelles und berufsgruppenübergreifendes Angebot.
Schwerpunkte sind u.a.:
 - Unterstützung bei der Entwicklung eines Gesamtbehandlungsplanes, ggf. unter Berücksichtigung von kombinierten Maßnahmen im ambulanten und stationären Setting
 - Niederfrequente multiprofessionelle Mitbetreuung: z.B. Skillstraining, Körper- oder Kunsttherapie, sozialarbeiterische Unterstützung. Diese Maßnahme kann auch während der Wartezeit auf einen stationären Aufenthalt erfolgen.
 - Differentialdiagnostik von Traumafolgestörungen
 - Poststationäre Weiterbetreuung

Das ambulante Stundenkontingent im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie wird durch die zusätzliche Behandlung in der Institutsambulanz nicht eingeschränkt. Die parallele Nutzung wird im bayerischen Landesvertrag nach §118 Abs. 3 SGBV ausdrücklich gestattet. Der gezielte Einsatz der Ambulanz zur Praxisvertretung in Urlaubs- oder Krankheitszeiten ist hingegen nicht möglich.

Welche Patienten (mit welchen Diagnosen) können in der Institutsambulanz für komplexe Traumafolgestörungen behandelt werden?

Infolge der gesetzlichen Vorgaben nach § 118 kann nur eine besonders stark betroffene Untergruppe von traumatisierten Patienten behandelt werden.

- Diagnostische Voraussetzungen: Diagnose oder Verdachtsdiagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung F43.1 plus einer damit verbundenen somatischen Diagnose. Bei dieser zusätzlichen Diagnose sollte es sich um ein körperliches Leiden handeln, das in einer sich negativ auswirkenden Wechselwirkung mit dem psychischen Störungsbild steht. Der Zusammenhang kann weit gefasst sein. In vielen Fällen ist die Behandlung der körperlichen Erkrankung durch depressive Stimmungslagen mit sozialem Rückzug, durch unterschiedlichste Ängste oder Befürchtungen, mangelnde Selbstfürsorge oder Vermeidungsverhalten stark beeinträchtigt. Die somatische Diagnose ist in den gesetzlichen Vorgaben nicht genauer spezifiziert. Es kann sich um Störungsbilder aus jedem medizinischen Fachgebiet handeln, beispielsweise um einen schwer einstellbaren Diabetes mellitus, eine ausgeprägte Adipositas, einen Morbus Crohn, um rezidivierende Schmerzen bei einer orthopädischen oder neurologischen Grunderkrankungen oder um den erschwerten Verlauf einer chronischen Hauterkrankung.
- Bei Vorliegen (oder beim Verdacht auf das Vorliegen) einer dissoziativen Störung F44 oder einer somatoformen Störung F45 ist keine separate somatische Diagnose erforderlich.
- Das Behandlungsangebot besteht für volljährige, gesetzlich versicherte Patienten. Ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Privaten Krankenversicherung und anderen Kostenträgern besteht derzeit nicht (kann aber u. U. im Einzelfall mit dem Kostenträger vereinbart werden). Eine Finanzierung über den Fonds Sexueller Missbrauch ist in Fällen ohne anderweitige Kostenübernahme zu diskutieren.

Wer kann nicht in unserer Institutsambulanz behandelt werden?

- Arbeits- oder Wegeunfallopfer. Diese Patientengruppe erhält Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung. Wenden Sie sich bitte an die zuständige Berufsgenossenschaft.
- Opfer von Gewalttaten im Rahmen des Opferentschädigungsgesetz (OEG). Betroffene von Akuttraumatisierungen im Rahmen zwischenmenschlicher Gewalt können derzeit noch nicht über unsere Institutsambulanz versorgt werden.
- Traumatisierte Geflüchtete (ohne Krankenkassenkarte) können derzeit ebenfalls nicht über die Institutsambulanz versorgt werden.

Überweisung in die Institutsambulanz

Die Inanspruchnahme der Ambulanz erfolgt per Überweisung unter Angabe der o.g. Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen. Die Überweisung kann nach §118 SGB V ausschließlich durch die nachfolgend genannten Arztgruppen vorgenommen werden:

- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt für Psychiatrie
- Ärztlicher Psychotherapeut
- eine Überweisung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten ist nicht möglich.

Bitte nutzen Sie für die Anmeldung und den patientenbezogenen Austausch den **„Bogen für den ambulanten Therapeuten“**. Das Procedere der Zuweisung ist dort detailliert beschrieben.

Stationäre Behandlung auf der Traumastation

Nach erstmaliger Anmeldung und positiver Indikationsprüfung im Rahmen eines Vorgesprüches bieten wir PatientInnen mit ambulanter Therapie (oder realistischer Perspektive einer demnächst beginnenden ambulanten Therapie) eine stationäre Orientierungstherapie an. Das Konzept für diese vier- bis sechswöchige Behandlung ist regressionsbegrenzend ausgerichtet, stark durch die Prinzipien der Dialektisch-Behavioralen Therapie geprägt und fokussiert darauf, ambulante Therapiefähigkeit zu fördern. Zugleich dient der Aufenthalt der langfristigen Behandlungsplanung. Längere Aufenthalte bieten wir in der Folge eines

Orientierungsaufenthaltes nur dann an, wenn im Rahmen des vereinbarten integrierten, langfristigen Behandlungsplanes die Notwendigkeit besteht, einen Behandlungsschritt stationär zu machen, der ambulant nicht möglich ist. Typischerweise ist das die Traumakonfrontation. Stationäre Aufnahmen zur Bewältigung akuter Krisen oder wiederholte Aufenthalte zur Stabilisierung sieht unser Konzept auch vor dem Hintergrund der Gefahr von Hospitalisierungsschäden nicht vor.

Infolge des Missverhältnisses zwischen Anmeldungen und verfügbaren Behandlungskapazitäten ergeben sich leider lange Wartezeiten bis zu einer stationären Aufnahme. Um den Aufnahmedruck zu reduzieren, mussten wir weitere Filter einbauen:

- Eingrenzung eines regionalen Einzugsbereichs von 150km um die Klinik für gesetzlich Versicherte
- Begrenzung der Verweildauer beim Erstaufenthalt auf ca. 4 - 6 Wochen im Rahmen des o.g. Orientierungssettings. Die Durchführung einer Traumakonfrontation ist oft erst im Rahmen eines meist längeren Folgeaufenthaltes möglich.

Einweisung zur stationären Behandlung auf der Traumastation

Auch bei einer Einweisung zur stationären Behandlung bemühen wir uns, die Indikationsprüfung für die Behandlung über die Institutsambulanz vorzunehmen, sofern die oben aufgeführten Voraussetzungen für die Inanspruchnahme bestehen (und unsere Behandlungskapazitäten dafür ausreichen). Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass wir dann im Rahmen von mehreren Terminen ggf. auch ausführlichere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlungsplanung anbieten zu können. In begrenzten Fällen kann zur Vorbereitung auf den stationären Aufenthalt bereits niederfrequent eine methoden- und berufsgruppenübergreifende Behandlung über die Ambulanz eingeleitet werden.

Bitte nutzen Sie für die Anmeldung und den patientenbezogenen Austausch den „**Bogen für den ambulanten Therapeuten**“. Das Procedere der Zuweisung ist dort detailliert beschrieben.

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

Bogen für den ambulanten Therapeuten

Anmeldung zur Behandlung in der Abteilung für Psychotraumatologie

Gültig für:
Traumastation und Institutsambulanz für Komplexe Traumafolgestörungen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
eine gut abgestimmte patientenbezogene Übergabe erweist sich als eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche stationäre Traumatherapie. Welches Unterstützungsangebot unserer Fachabteilung für welche PatientIn indiziert ist, lässt sich oft nicht auf dem ersten Blick erkennen. Darüber hinaus ist die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland relativ kompliziert geregelt, sodass auch hinsichtlich der zu erledigenden Formalitäten bei der Zuweisung oft Fragen aufkommen.

- Wir bitten Sie daher, zunächst den vorausgehenden Abschnitt „**Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte**“ zu lesen.
- Um eine Patientin oder einen Patienten anzumelden, bitten wir Sie, uns den nachfolgenden Fragebogen ausgefüllt zukommen zu lassen.
- Sehr dankbar sind wir Ihnen für einen aktueller schriftlicher Bericht oder auch eine Kopie eines bereits vorliegenden Psychotherapieantrags (bitte senden an obige Adresse).
- Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail an das Sekretariat (s. o.)

Betrifft Patient (Name, Geburtsdatum):

Ambulanter Therapeut (Name, Anschrift):

.....

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

Erreichbarkeit per E-Mail (anonymisierter Austausch):



Angaben zur bisherigen ambulanten Behandlung:

Therapeutische Verfahren/Methoden:

VT tiefenpsychologisch psychoanalytisch andere:

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

.....

Evtl. bisherige Behandlungsschwerpunkte, wichtige Erfahrungen aus der laufenden Therapie,

z.B. Umgang mit Behandlungskrisen:

.....

.....

.....

Verfügbare Methoden:

bisher angewandte Methoden:

EMDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumafokussierte. VT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychodynamische Traumatherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ego State-/Schema-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DBT / Skillstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere traumaspezifische Methoden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

Klärung des Arbeitsauftrages an die Klinik für Psychotraumatologie

Ambulante Behandlungsperspektive

- Ich bin selbst Traumatherapeut und benötige Unterstützung bei der Behandlung des Patienten.
- Der Patient benötigt traumaspezifische Therapie, die ich selbst nicht vorhalten kann.
- Die ambulante Therapie läuft in Kürze aus oder kann von mir nicht weitergeführt werden (bitte ggf. um Angabe von Gründen).....

.....



Empfehlenswerte Schwerpunkte/Therapieziele im Rahmen der Therapie

in der Ambulanz oder auf Station

	Nein	vielleicht	Ja	Anmerkungen
Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skillstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunsttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit an 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"/>
Änderung der Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumakonfrontation	<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"/>
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Differentielle Abklärung der Behandlungsindikation bzgl. der Abteilung für Psychotraumatologie

Die Diagnose einer **PTBS** ist klinisch / psychometrisch Ja Nein

Es liegt eine Verdachtsdiagnose auf eine PTBS vor

Weitere Behandlungsdiagnosen/Verdachtsdiagnosen (wichtig für die Behandlungsplanung in unserer Abteilung sind vor allem auch psychische Komorbiditäten wie Zwänge, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, bitte auch um Angabe von Verdachtsdiagnosen):

.....
.....

Mein Anliegen als Zuweiser ist:

in erster Linie die Anmeldung zur stationären Therapie

ich bin ggf. mit einer Mitbehandlung durch die Ambulanz prinzipiell einverstanden, falls sich seitens der Klinik für Psychotraumatologie eine Behandlungsoption hierfür ergibt

in erster Linie die Anmeldung zur Behandlung in der Traumaambulanz

Ggf. Anmerkungen / spezielle Anliegen an die Ambulanz oder an die Traumastation

.....



Die Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz ist grundsätzlich nur möglich beim Vorliegen einer 1) somatoformen oder 2) dissoziativen Störung oder aber bei 3) einer für den Behandlungsverlauf bedeutsamen negativen Wechselwirkung zwischen einer psychischen und somatischen Störung (nähere Angaben siehe in den **Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte**)

Die Grundlage für eine Behandlung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz ist im Falle von Frau / Herrgegeben durch (bitte ggfs. ankreuzen):

- das Vorliegen oder der Verdacht auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44), nämlich:
- das Vorliegen oder der Verdacht auf das Vorliegen einer somatoformen oder Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45), nämlich:.....
- das Vorliegen von im o.g. Sinne relevanten somatischen Komorbiditäten (z.B. Koronare Herzkrankheit, schwer einstellbarer art. Hypertonus, Diabetes mellitus, entzündliche Darmerkrankung, Endometriose, Krebserkrankungen, Adipositas, chronische Hauterkrankungen), nämlich:

Ich halte den Patienten ggf. für soweit stabil und hinreichend motiviert, dass er die An- und Abreise sowie die Einhaltung von Terminen i.d.R. zuverlässig bewältigen kann Ja Nein

Ggf. Anmerkungen:

Procedere der Zuweisung:

- bitte immer (auch bei primär angedachter Anmeldung für die Ambulanz) einen **Einweisungsschein** beilegen.
- wenn die o.g. Diagnosevoraussetzungen für die Nutzung einer Psychosomatischen Institutsambulanz bestehen, bitte zusätzlich immer (auch bei Anmeldung primär für stationäre Behandlung) auch einen **Überweisungsschein** beifügen.

Der Überweisungsschein für die Nutzung der Psychosomatischen Institutsambulanz kann nach §118 nur von einem Arzt ausgefüllt werden (Siehe **Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte**).

- ich bin selbst Arzt und lege bei Erfüllung der Diagnosevoraussetzungen den Überweisungsschein selbst bei.
- die Überweisung wird noch beim behandelnden Psychiater organisiert und nachgesandt.

Die formale Abwicklung der Zuweisung ist manchmal leider etwas komplizierter. Nehmen Sie gerne auch die Beratung durch unser Sekretariat in Anspruch (Di/Do/Fr 9-12 Uhr), falls Sie Unterstützung benötigen.

Bei Unsicherheiten oder Unklarheiten: kein Problem. Wir melden uns ggf. wegen weiterer Absprachen!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung durch die Beantwortung der Fragen!

Datum: TherapeutIn (bitte Unterschrift und Praxisstempel).....