

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

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

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
- Krankenhauseinweisung
- Bitte beachten Sie auch den Anmeldebogen für Ihren ambulanten Therapeuten (Seite 29ff.), welche Sie bitte von diesem ausfüllen lassen.



Angaben zum Kostenträger:

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers. Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
Tagegeldversicherung		
Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen:	☐ Krankenkasse ☐ priv. Krankenversicherung ☐ Beihilfestelle ☐ 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

Datum und Unterschrift:

☐ **Komfort-Zimmer Paket PRIMA ambiente: 38 € pro Tag** (Stand Januar 2025)
 1-Bett-Zimmer, freundliche Zimmerausstattung inkl. Hotelbettwäsche und –vorhänge, Dekoartikel, Internet (WLAN), Telefon Flatrate, Minibar, TV, CD- & DVD-Player, Badetücher & -mantel, Parkplatz

Datum und Unterschrift:

☐ **Komfort-Zimmer & Serviceleistungen Paket PRIMA ambiente plus: 48 € pro Tag** (Stand Januar 2025)
 Alle PRIMA ambiente Leistungen
 Tageszeitung, Nordic-Walking-Stöcke, 7-Gang Fahrrad, Obstteller und Kaffee-/Kuchengutschein 1x wöchentlich

Datum und Unterschrift:

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

☐ Ich habe Interesse an einer Behandlung in der Psychosomatischen Institutsambulanz
 (Informationen hierzu auf unserer Homepage)



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).

.....

Spiele 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 ?

- | | |
|--|---|
| ☐ eigener Erwerbstätigkeit | ☐ Ausbildungsförderung / Bafög |
| ☐ Krankengeld seit _____ | ☐ Altersrente |
| ☐ Arbeitslosengeld I | ☐ Soziale Grundsicherung |
| ☐ Arbeitslosengeld II / Hartz IV | ☐ Sonstiges |
| ☐ 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 Unterstützungs- angebot	habe ich nicht genutzt	hat mir eher geschadet	weder noch	hat mir eher geholfen	hat mir sehr geholfen
Hausarzt	☐	☐	☐	☐	☐
amb. Psychotherapeut	☐	☐	☐	☐	☐
Psychiater	☐	☐	☐	☐	☐
Beratungsstelle / sozialpsych. Dienst o.ä.	☐	☐	☐	☐	☐
Partner	☐	☐	☐	☐	☐
andere Familien.- Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
Freunde / Bekannte	☐	☐	☐	☐	☐
andere Betroffene (z.B. ehemalige Mitpatienten)	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfebücher/ Fachliteratur	☐	☐	☐	☐	☐
Informationen zu meinem Störungsbild im Internet	☐	☐	☐	☐	☐
Spezielle Internetforen / Online-Chats mit anderen Betroffenen	☐	☐	☐	☐	☐



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:

- ☐ Inkonzsequenz 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

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Essen | ☐ Schlafen | ☐ Sprechen |
| ☐ nächtlichem Aufschrecken | ☐ Sauberkeit | ☐ Hyperaktivität |
| ☐ Alpträumen | ☐ Spielen | ☐ Wutausbrüchen |
| ☐ Freundschaften | ☐ Lügen | ☐ Einnässen |
| ☐ Phantasieren | ☐ von zu Hause weglaufen | ☐ 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?

- | | |
|--|---|
| ☐ mit Lehrern | ☐ mit Mitschülern / Ausgrenzung |
| ☐ mit dem Lernen und den Leistungen | ☐ mit Konzentration und Aufmerksamkeit |
| ☐ Disziplin und Pünktlichkeit | ☐ 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.

	Gar nicht	Ein bisschen	Mittel- mäßig	Ziemlich	Sehr stark
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	Mittel- mäßig	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)

IDQ (Kratzer et al.)

Wie oft haben Sie in den letzten beiden Wochen die folgenden Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen erlebt? Bitte kreisen Sie die entsprechende Zahl ein, um Ihre Antwort zu geben.						
Niemals	Nur an ein paar Tagen	An der Hälfte der Tage	An den meisten Tagen	Jeden Tag		
0	1	2	3	4		
1. Sich den Großteil des Tages niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?		0	1	2	3	4
2. Den Großteil des Tages weniger Interesse oder Freude an Alltagsaktivitäten erlebt?		0	1	2	3	4
3. Konzentrationsschwierigkeiten gehabt?		0	1	2	3	4
4. Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld gehabt?		0	1	2	3	4
5. Sich hoffnungslos gefühlt?		0	1	2	3	4
6. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid gehabt?		0	1	2	3	4
7. Veränderungen des Appetits oder des Schlafs erlebt?		0	1	2	3	4
8. Sich langsamer bewegt oder sich ruhelos erlebt?		0	1	2	3	4
9. Kraftlosigkeit oder Erschöpfung erlebt?		0	1	2	3	4

Haben diese Erlebnisse Schwierigkeiten in persönlichen, familiären oder sozialen Bereichen, der Ausbildung, der Arbeit oder anderen wichtigen Bereichen Ihres Lebens bewirkt?

Ja ☐

Nein ☐

IAQ (Kratzer et al.)

Wie oft haben Sie in den letzten beiden Wochen die folgenden Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen erlebt? Bitte kreisen Sie die entsprechende Zahl ein, um Ihre Antwort zu geben.						
Niemals	Nur an ein paar Tagen	An der Hälfte der Tage	An den meisten Tagen	Jeden Tag		
0	1	2	3	4		
1. Sich nervös oder ängstlich gefühlt?		0	1	2	3	4
2. Sich viele Sorgen über verschiedene Dinge gemacht?		0	1	2	3	4
3. Sich körperlich angespannt oder aufgeregt gefühlt?		0	1	2	3	4
4. Herzrasen, Atemnot, Magenbeschwerden oder Mundtrockenheit gehabt?		0	1	2	3	4
5. Sich angespannt gefühlt?		0	1	2	3	4
6. Konzentrationsschwierigkeiten gehabt?		0	1	2	3	4
7. Durch verschiedene Dinge rasch gereizt gewesen?		0	1	2	3	4
8. Schlafstörungen gehabt?		0	1	2	3	4

Haben diese Erlebnisse Schwierigkeiten in persönlichen, familiären oder sozialen Bereichen, der Ausbildung, der Arbeit oder anderen wichtigen Bereichen Ihres Lebens bewirkt?

Ja ☐

Nein ☐



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	☐	☐	☐
b. Rückenschmerzen	☐	☐	☐
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	☐	☐	☐
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	☐	☐	☐
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
f. Kopfschmerzen	☐	☐	☐
g. Schmerzen im Brustbereich	☐	☐	☐
h. Schwindel	☐	☐	☐
i. Ohnmachtsanfälle	☐	☐	☐
j. Herzklopfen oder Herzasen	☐	☐	☐
k. Kurzatmigkeit	☐	☐	☐
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	☐	☐	☐
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	☐	☐	☐

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 „**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** (inklusive Therapeutenbogen) 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.

Stationäre Behandlung auf der Traumastation

Nach erstmaliger Anmeldung und positiver Indikationsprüfung im Rahmen eines Vorgesprächs 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 **100 km** 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.

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

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	☐	☐
Traumafokussierte. VT	☐	☐
Psychodynamische Traumatherapie	☐	☐
Ego State-/Schema-Therapie	☐	☐
DBT / Skillstraining	☐	☐
Andere traumaspezifische Methoden:	☐	☐

Empfehlenswerte Schwerpunkte/Therapieziele im Rahmen der Therapie

	Nein	vielleicht	Ja	Anmerkungen
Diagnostik	☐	☐	☐	
Skillstraining	☐	☐	☐	
Körpertherapie	☐	☐	☐	
Kunsttherapie	☐	☐	☐	
Arbeit an destruktiven Bindungen (ggf. welche?)	☐	☐	☐	
Probleme in Partnerschaft/mit Kindern	☐	☐	☐	
Klärung sozialrechtlicher Fragen (ggf. welche?)	☐	☐	☐	
Klärung Arbeitssituation	☐	☐	☐	
Einleitung zusätzlicher amb. Unterstützungsangebote	☐	☐	☐	
Änderung der Psychopharmakotherapie	☐	☐	☐	
Traumakonfrontation	☐	☐	☐	
Andere Anliegen an die Klinik (ggf. welche?)	☐	☐	☐	

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