

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

A N M E L D E B O G E N

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: _____	

Checkliste für die Anmeldung:

- Bitte vollständiges Ausfüllen des Wiederanmeldebogens
- Zusendung von Arzt- und Therapieberichten stationärer und ambulanter Behandlungen seit dem letzten Aufenthalt in unserer Abteilung
- Krankenhauseinweisung
- Bitte beachten Sie auch den Anmeldebogen für Ihren ambulanten Therapeuten, welche Sie bitte an diesen weiterleiten.



Angaben zum Kostenträger:

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers. Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Kostenzusage liegt bereits vor (Bitte Kopie beilegen)	
Beihilfestelle	<input type="checkbox"/> Kostenzusage liegt bereits vor (Bitte Kopie beilegen)	
Tagegeldversicherung		

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: _____

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

Mein zuständiger Einzeltherapeut war: _____

Meine Behandlung sollte unbedingt durchgeführt werden von einem

- weiblichen Therapeuten männlichen Therapeuten
 beides ist möglich

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. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte geben sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann

12. 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:

13. 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.

.....

.....

.....

.....

14. 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.

.....



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 auch mit Maske durchzuführen? (sofern weiterhin entsprechende Auflagen durch das Gesundheitsamt bestehen) Ja Nein

Datum und 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)



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	<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 „**Bogen für den ambulanten Therapeuten**“ an Ihre ambulante Behandlerin oder Ihren Behandler weiter.

Die Überprüfung der Indikation für eine Wiederaufnahme in unserer Abteilung beginnt erst, wenn die Anmeldeunterlagen **komplett** (inklusive Therapeutenbogen) vorliegen.

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 Wiederaufnahme auf die Traumastation

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patient*in strebt eine Wiederaufnahme auf unserer Traumastation an. Uns ist die Abstimmung mit Ihnen außerordentlich wichtig.

- 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 aktuellen schriftlichen 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):

Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme auf die Traumastation:

Eine Wiederaufnahme auf die Traumastation unterstützen wir nur,.....

- 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.

Angaben zur bisherigen ambulanten Behandlung:

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

Wie viele Std. voraussichtlich noch zur Verfügung?.....

- Die ambulante Therapie läuft in Kürze aus oder kann von mir nicht weitergeführt werden (bitte ggf. um Angabe von Gründen).....

Arbeiten Sie selbst mit traumatherapeutischen Methoden? Ggf. welche?.....

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

Angaben zur vorausgegangenen stationären Therapie in unserer Abteilung:

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?

.....
.....



Klärung des Arbeitsauftrages an die Klinik für Psychotraumatologie

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"/>
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Vielen Dank für Ihre Unterstützung durch die Beantwortung der Fragen!

Datum: TherapeutIn (bitte Unterschrift und Praxisstempel)

Unterschrift / Stempel TherapeutIn