

Fragebogen zur Behandlungsplanung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihr derzeitiges Beschwerdebild besser kennen zu lernen und somit eine möglichst gute Behandlungsplanung im Department für Psychosomatik durchzuführen. Wir ersuchen Sie daher, die Fragen vollständig zu beantworten. Die Informationen, die wir erhalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, da unsere MitarbeiterInnen der Schweigepflicht unterliegen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das therapeutische Team des Departments für Psychosomatik

1. Angaben zu Ihrer Person

Name: _____

Geburtsdatum: ____-____-____ Geschlecht: ...weiblich männlich

Wohnort (PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Telefonnummer(n): _____

Email: _____

Zuständige Krankenkasse(n)/ _____

2. Bei welchen ÄrztInnen/ TherapeutInnen stehen Sie derzeit in Behandlung?

Hausarzt
(Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Facharzt
(Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Weitere Ärzte/Therapeuten
(Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Für die Behandlungsplanung am Department für Psychosomatik ist die Koordination mit meinen behandelnden ÄrztInnen/TherapeutInnen erforderlich. Ich entbinde daher die oben genannten ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen gegenüber dem Department für Psychosomatik von der Schweigepflicht.

- Ich bin einverstanden
 Ich bin nicht einverstanden

.....
Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten

3. Ihre Beschwerden, Erkrankungen und Problembereiche

Welche sind Ihre wichtigsten körperlichen und/oder seelischen Beschwerden, wegen derer Sie an unserem Department eine Behandlung planen?

4. Beeinträchtigung durch die aktuellen Beschwerden

Wie stark leiden Sie derzeit unter folgenden Beschwerden? (0 = gar nicht, 10 = extrem stark)
Bitte die zutreffende Zahl ankreuzen!

Schmerzen	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Sonstige körperlichen Beschwerden	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Essstörung	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Alpträume	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Depressionen	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Erschöpfung	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Selbstverletzungen	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Suizidgedanken, -impulse, -versuche	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Alkohol, Drogen	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

5. Ausmaß der konkreten Lebensbeeinträchtigung

Wie sehr fühlen Sie sich gegenwärtig durch Ihre Beschwerden in folgenden Bereichen beeinträchtigt?
(0 = gar nicht; 10 = extrem stark beeinträchtigt) Bitte die zutreffende Zahl ankreuzen!

Berufstätigkeit (oder Ausbildung)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Häusliche Tätigkeiten (Haushalt, Reinigung, Einkauf, Kinderbetreuung, Mithilfe)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Soziale Freizeitaktivitäten (Freunde treffen, Feiern, Lokale, Vereine)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Individuelle Freizeitaktivitäten (Hobby, Lesen, Wandern, Reisen)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Beziehungen zu anderen (Partnerschaft, Familie, Freundeskreis)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Psychische Befindlichkeit (seelisches Unwohlsein, Depressionen, Ängste u.a.)	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt?(Beginn, zeitlicher Verlauf)

Zeit

Verlauf (Verschlimmerungen, Verbesserungen)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen der Sinne (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Sprache (z.B. Sprachbarriere durch Fremdsprachigkeit)?

Besteht bei Ihnen ein erhöhter Pflegeaufwand (z.B. Bettlägerigkeit)?

Benötigen Sie medizinische Heilbehelfe oder Versorgungssysteme (z.B. Rollstuhl, Katheter)?

Ihr derzeitiges Körpergewicht: ___ ___ kg

Ihre Körpergröße: ___ ___ cm

6. Bisherige Behandlungen

Kreuzen Sie bitte an, welche Behandlungen Sie für Ihre Beschwerden bisher in Anspruch genommen haben: (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie/ Manuelle Ther. |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Wärme-,Kälte-,Strombehandlung | <input type="checkbox"/> alternativ medizinische Methoden |
| <input type="checkbox"/> Heilgymnastik/ Bewegungstherapie | <input type="checkbox"/> welche _____ |
| <input type="checkbox"/> Kreativtherapie (Musik, Malen etc) | <input type="checkbox"/> andere _____ |
| <input type="checkbox"/> Entspannung/ Meditation | |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur/ Akupressur | |

Was war hilfreich?

Was hat gefehlt?

Waren Sie früher bereits in stationärer/ tagesklinischer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

nein ja

Jahr	Name der Einrichtung	Grund der Behandlung	Aufenthaltsdauer

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

	Medikament (Name)	Dosierung	Seit wann?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

7. Aktuelle Lebenssituation und Lebensgeschichte

Schildern Sie bitte kurz Ihre derzeitige Lebenssituation: z.B. Partnerschaft, Kinder, Wohnsituation, Beruf

Ein kurzer Lebenslauf in Stichworten: z.B. Wie sind Sie aufgewachsen? Welche Personen waren da wichtig für Sie? Wie haben Sie sich beruflich und privat entwickelt? Was waren wichtige Veränderungen oder Ereignisse (positive und negative) in Ihrem Leben?

Wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind,...

- ... befinden Sie sich
- im Krankenstand seit _____
 - in einem laufenden Pensionierungsverfahren seit _____
 - in Frühpension seit _____
 - in Alterspension.
- ... wie lange waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben?
- Gar nicht
 - Maximal 1 Monat
 - max. 3 Monate
 - mehr als 3 Monate

8. Behandlungsplanung

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an eine Behandlung an unserem Department?

Welche Zweifel oder Befürchtungen haben Sie?

Weitere Fragen oder Themenbereiche, die Ihnen für die Planung Ihrer Behandlung am Department für Psychosomatik wichtig erscheinen:

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen vollständig beantwortet haben.

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen gemeinsam mit anderen wichtigen Befunden (frühere Untersuchungen und Behandlungen, stationäre Aufenthalte) einzuschicken an:

per Post: Kepler Universitätsklinikum - Neuromed Campus
Department für Psychosomatik / Leitstelle
Wagner-Jauregg-Weg 15
4020 Linz

per Fax: Nr.: +43 (0)5 7680 87 - 29454

per E-Mail: pso.leitstelle@kepleruniklinikum.at