

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer tagesklinischen Behandlung in unserer Tagesklinik.

Damit wir ein genaueres Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden erhalten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Beantworten Sie bitte die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft; es gibt keine falschen und richtigen Antworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte an die

**Psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik und Institutsambulanz Seesen
Tannenbusch 11, 38723 Seesen**

E-Mail: tk-seesen.goettingen@asklepios.com

Telefax: (05381) 7440-81

Angaben zu meiner Person

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

mobil: _____ **Email:** _____

Geburtsdatum: _____ **Alter (Jahre):** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Krankenkasse: _____

Meine Ärzt:innen und Behandler

Hausarzt:in/Fachärztin: _____

(Name/ Adresse) _____

Psychiater:in/ Neurolog:in: _____

(Name/ Adresse) _____

Psychotherapeut:in: _____

(Name/ Adresse) _____

Sind Sie aktuell in **ambulanter** Psychotherapie? ja nein

Werden Sie aktuell in einer anderen **Institutsambulanz** behandelt? ja nein

Vorerkrankungen und Behandlungen

Waren Sie schon einmal in **stationärer** psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlung?

nein ja (Bitte machen Sie dazu einige Angaben)

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Haben Sie schwere körperliche Erkrankungen? nein ja Welche?:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja Welche?:

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Problematik, aufgrund der Sie eine tagesklinische Behandlung in der Tagesklinik anstreben:

Welche Ziele möchten Sie durch eine tagesklinische Behandlung erreichen? Was soll sich ändern?

