

Eigenbericht bei teilstationärer Therapie

Liebe Klientin, lieber Klient,

uns ist es wichtig, Sie als einzigartigen Menschen mit individuellen Bedürfnissen zu sehen. Wir möchten Sie in der aktuellen Lebenssituation unterstützen, Ihre Ziele zu erreichen und Ihre dafür hilfreichen Ressourcen zur Entfaltung zu bringen.

Die teilstationäre Therapie in der **sysTelios Tagesklinik** für psychosomatische Gesundheitsentwicklung und Psychotherapie verstehen wir als einen therapeutischen Kooperationsprozess. Wir möchten Ihnen in unserer Kooperationspartnerschaft wertschätzend und empathisch begegnen.

Dafür sind bestimmte Informationen für uns hilfreich. Wir bitten Sie, diesen Eigenbericht vollständig auszufüllen, gern auch stichwortartig. Er ist die Grundlage für unser gemeinsames Vorgespräch. Dabei können wir auch alle Fragen klären, zu denen Sie möglicherweise momentan nur wenig schreiben können.

Bitte teilen Sie uns Ihre Telefonnummer mit, unter der Sie tagsüber erreichbar sind. In der nächsten Zeit rufen wir Sie an, um Ihre Fragen an uns zu besprechen und Ihre teilstationäre Therapie von unserer Seite gut vorbereiten zu können.

Vielen Dank.

<input type="text"/>
Vorname
<input type="text"/>
Nachname
<input type="text"/>
Telefon

Selbstauskunft

A • Aktuelle Situation und Symptomatik

Welches aktuelle Erleben ist Anlass für die teilstationäre Therapie? Was hat aus Ihrer Sicht dazu geführt? Beeinträchtigen Symptome Ihr alltägliches Leben? Wenn ja, welche? Konnten Sie schon erfolgreich Einfluss darauf nehmen? Falls ja, wie?

B • Vorgeschichte

Was waren prägende Lebensereignisse? Wie haben Sie Ihre Familienatmosphäre erlebt, wie Ihre persönliche und berufliche Entwicklung? Welche ambulanten und stationären psychotherapeutischen oder psychiatrischen Vorerfahrungen haben Sie?

C • Ressourcen

Was soll sich während der teilstationären Therapie nicht ändern, weil Sie es jetzt schon als wertvoll und hilfreich erleben?
Was finden Sie gut an sich? Was macht Ihnen Freude? Was sind Ihre Kraftquellen?

D • Ziele und Erwartungen

Welche Wünsche haben Sie – bezogen auf die teilstationäre Therapie – an uns? Gibt es Ihrerseits Befürchtungen oder Sorgen? Wofür würden Sie den Aufenthalt gern nutzen? Wie viel Zeit steht Ihnen zur Verfügung?

Körperliche Vorgeschichte

01 • Körpermaße

Körpergröße in cm

Körpergewicht in kg

Hat sich Ihr Gewicht in jüngster Zeit deutlich verändert?

stark zugenommen

stark abgenommen

keine Veränderung

02 • Haben Sie aktuell eines oder mehrere dieser körperlichen Symptome?

Schwindel

Herzklopfen/Herzrasen

Durchfall

Gleichgewichtsstörungen

Kurzatmigkeit

erhöhter Harndrang

Ohrgeräusche

Appetitlosigkeit

nächtliches Wasserlassen

Lichtempfindlichkeit

Heißhungerattacken

Einschlaf-/
Durchschlafstörungen

Lärmempfindlichkeit

Bauchschmerzen

sexuelle Probleme

Kloßgefühl im Hals

Übelkeit

Hautprobleme/Juckreiz

Engegefühl in der Brust

Verstopfung

Schmerzen
(bitte kurz beschreiben)

03 • Haben Sie akute oder chronische Erkrankungen?

seit etwa

seit etwa

seit etwa

seit etwa

seit etwa

04 • Hatten Sie Operationen mit anschließendem Klinikaufenthalt?

<input type="text"/>	im Jahr	<input type="text"/>
<input type="text"/>	im Jahr	<input type="text"/>
<input type="text"/>	im Jahr	<input type="text"/>
<input type="text"/>	im Jahr	<input type="text"/>

05 • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

<input type="text"/>	seit etwa	<input type="text"/>	Dosierung	<input type="text"/>
<input type="text"/>	seit etwa	<input type="text"/>	Dosierung	<input type="text"/>
<input type="text"/>	seit etwa	<input type="text"/>	Dosierung	<input type="text"/>
<input type="text"/>	seit etwa	<input type="text"/>	Dosierung	<input type="text"/>

Nehmen Sie weitere Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, nennen Sie bitte alle:

06 • Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wieviel aktuell?

Haben Sie früher geraucht? ja nein Wenn ja, wann haben Sie aufgehört?

07 • Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig und wieviel?

08 • Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, wie häufig und welche?

09 • Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

10 • Haben Sie Lebensmittel-Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

11 • Nehmen Sie Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch?

(zum Beispiel Untersuchungen von Brust, Gebärmutterhals, Darm, Prostata, Haut)

<input type="text"/>	zuletzt	<input type="text"/>
<input type="text"/>	zuletzt	<input type="text"/>
<input type="text"/>	zuletzt	<input type="text"/>
<input type="text"/>	zuletzt	<input type="text"/>
<input type="text"/>	zuletzt	<input type="text"/>

12 • Gynäkologische Vorgeschichte

Waren Sie schon einmal schwanger?

Wie ist/sind die Geburt(en) verlaufen?

Gab es Fehlgeburten oder Abbrüche?

Wie verhüten Sie?

Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrer Periode?

Wann war Ihre letzte Periode?

Was war das Ergebnis Ihrer jüngsten Früherkennungsuntersuchung?

13 • Ist Ihr Impfstatus aktuell?

ja
 nein
 unbekannt

Wann und wogegen wurden Sie zuletzt geimpft?

14 • Welche Erkrankungen in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

(zum Beispiel Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, Allergien, Suchterkrankungen, seelische Erkrankungen)

Familienmitglied*	Erkrankung(en)	Geburtsjahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*gemeint sind: Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder

15 • Suizidalität

Hatten oder haben Sie lebensüberdrüssige Gedanken?

Gab es Pläne oder aktive Handlungen für einen Suizidversuch? Wann?

16 • Sind Sie in Ihrer Freizeit körperlich aktiv?

ja

nein

Wenn ja, in welcher Weise und wie häufig?

Wenn nein, bis wann waren Sie körperlich aktiv? Wie und wie häufig?

Welche Erfahrungen haben Sie bei Ihrer körperlichen Aktivität gemacht?

17 • Bezugskontakte zu Mitarbeitenden der sysTelios Klinik

Haben Sie familiäre, freundschaftliche, bekanntschaftliche oder professionelle Verbindungen – zum Beispiel als Klientin oder Klient in ambulanter Behandlung – zu Mitarbeitenden der sysTelios Klinik?

ja

nein

Wenn ja, zu wem und in welcher Form?

Haben Sie Fragen?

Unser Aufnahmeteam ist gern für Sie da: Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.30 Uhr. In den Abendstunden, am Wochenende und an gesetzlichen Feiertagen nimmt unser Empfang Ihren Rückrufwunsch gern entgegen.

Telefon +49.6207.9249-0

Fax +49.6207.9249-295

aufnahme@sysTelios.de

sysTelios Klinik
Am Tannenberg 17
69483 Wald-Michelbach
Deutschland

Anfahrt [g.page/sysTelios](https://www.sysTelios.de/page/sysTelios)

www.sysTelios.de/aufnahme