

**STRENG VERTRAULICH**

Name/Vorname:				Geb. am:	
Adresse:					
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	Krankenkasse:	
Telefon 1:				Private Zusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon 2:				Wahlleistungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Email:				Krankenhaustagegeld:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name u. Anschrift der einweisenden Ärztin / des einweisenden Arztes:			Name u. Anschrift Therapeutin / Therapeut:		
Behandlungsart:	Stationär <input type="checkbox"/>	Tagesklinik <input type="checkbox"/>			

**1. Beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Schwierigkeiten, auch ggf. die hauptsächlichen Beschwerden und deren Dauer:**

**2. Was haben Sie bisher für sich unternommen?**

Besuch von Selbsthilfe-, Therapiegruppen oder Beratungsstellen?

Therapeutische Gespräche (welche, seit wann, wie häufig)?

In welchen Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt und wann?

Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen einer körperlichen Erkrankung in stat. oder ambul. Behandlung?  Ja  Nein

Welche?

Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie zurzeit und befinden sich in Behandlung?

Haben Sie aktuell einen Antrag gestellt bezüglich:

Reha       Rente       Schwerbehinderung

**3. Bitte geben Sie an, was und wie viel pro Tag bzw. Woche Sie in den letzten 3 Monaten zu sich genommen haben:**

Medikamente (auch wenn ärztlich verordnet):  Keine  Gelegentlich  Regelmäßig



Alkohol:				<input type="checkbox"/> Kein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Regelmäßig
Trinkmenge pro Woche						
Zigaretten				<input type="checkbox"/> Kein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Regelmäßig
Anzahl pro Tag						
Andere Suchtmittel:				<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Regelmäßig
Welche?			Menge pro Monat:			
Andere Suchterkrankungen (Spiel-/Kauf-/Computersucht)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?

**4. Angaben zur Familie**

Alter und Beruf der Mutter:			
Alter und Beruf des Vaters:			
Haben Sie Geschwister? (Wie viele Jahre älter oder jünger, Beruf, Familienstand):			
Wer sorgt für Ihren Lebensunterhalt bzw. für wen haben Sie zu sorgen?			
Wohnsituation (fester Wohnsitz)/ allein / Partner/in / Familie/WG:			
Lebensgemeinschaft / Ehe:	Ja <input type="checkbox"/> , seit wann:		Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder? (Geschlecht, Alter)			

**5. Gab es in Ihrem bisherigen Leben für Sie besonders belastende Ereignisse (auch in der Kindheit und Jugend)?**

--

**6. Was machen Sie beruflich und welches sind die wichtigsten Etappen in Ihrer Ausbildung (Schule/ Beruf):**

--

**7. Beschreiben Sie Ihre Freizeitinteressen und Zukunftspläne:**

--

**8. Was hat Ihnen in Ihrem Leben bisher am meisten Schwierigkeiten bereitet?**

--

**9. Was erwarten und wünschen Sie sich von einer Behandlung in unserem Krankenhaus?**

--



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben in den letzten Monaten festgestellt, dass bei vielen, gerade unserer jüngeren Patientinnen und Patienten, erhebliche Probleme im sozialen und häuslichen Umfeld bestehen, die mehr sozialdienstliche Unterstützung notwendig machen. Je nach Ausmaß kann es sinnvoll sein, diese Probleme vor Beginn der stationären Behandlung im Ginsterhof zu klären. Wir möchten Sie daher bitten, die nachfolgenden Fragen so offen wie möglich zu beantworten, um Sie dann gezielter unterstützen und beraten zu können.

Vielen Dank

<b>Name/Vorname:</b>		<b>Geb. am:</b>	
<b>Haben Sie an Sie gerichtete ungeöffnete Post bzw. unbezahlte Rechnungen zu Hause?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Haben Sie Schulden? Wenn ja, in welcher Höhe?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Sind Sie ohne Unterkunft oder droht Ihnen der Verlust Ihres Wohnraumes?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Sind Sie im Vorfeld schon einmal so wütend geworden, dass Sie anderen Menschen Gewalt angetan haben?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Waren Sie bereits einmal straffällig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Gibt es andere Problembereiche, für die Sie aller Wahrscheinlichkeit nach die Unterstützung des Sozialdienstes benötigen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	