

Eigenbericht

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.

Den stationären Aufenthalt in der **sysTelios Klinik** 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 und ein Wunschzeitfenster, in dem wir Sie persönlich erreichen können. In der nächsten Zeit rufen wir Sie an, um Ihre Fragen an uns zu besprechen und Ihren Aufenthalt von unserer Seite gut vorbereiten zu können.

Vielen Dank.

Vorname

Nachname

Telefon

Wunschzeitfenster für das telefonische Vorgespräch

Selbstauskunft

A • Aktuelle Situation und Symptomatik

Welches aktuelle Erleben veranlasst Sie zu diesem Klinikaufenthalt? 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 des stationären Aufenthalts 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 an den stationären Aufenthalt und 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 ein? 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 • Sind Sie vollständig gegen COVID-19 geimpft?

ja nein Wenn ja, wann zuletzt?

Ist Ihr allgemeiner Impfstatus aktuell?

ja nein unbekannt

Wann und wogegen wurden Sie zuletzt geimpft? (ausgenommen gegen COVID-19)

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 style="width: 250px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 250px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 250px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 250px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 250px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 250px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" 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 • Fragen zu Ihrer Anreise und Abreise

Wie und woher werden Sie anreisen? Begleitet Sie jemand bei der Anreise?

Wie und wohin werden Sie abreisen? Begleitet Sie jemand bei der Abreise?

Speichern

Drucken

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

www.sysTelios.de/aufnahme