



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar · 81664 München



**Klinikum rechts der Isar  
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie**

Mitglied des



**Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen**  
Direktor

Langerstraße 3/1  
81675 München  
Tel: 089 4140-4311  
Fax: 089 4140-4315  
[www.mri.tum.de/psychosomatik](http://www.mri.tum.de/psychosomatik)  
[psychosomatik@tum.de](mailto:psychosomatik@tum.de)

## Persönlicher Fragebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen und sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen.

Die erfragten Informationen sind eine wichtige Grundlage für einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik.

Die Fragen werden nur klinikintern den zuständigen Ärzten und Psychologen zur Verfügung gestellt.

Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. med. Peter Henningsen  
Direktor der Klinik

Vorstand:  
Prof. Dr. Markus Schwaiger  
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)

Dr. Elke Frank  
(Kaufmännische Direktorin)

Silke Großmann  
(Pflegedirektorin)

Prof. Dr. Bernhard Hemmer  
(Dekan)

Bankverbindung:  
Bayer. Landesbank Girozentrale

BIC: BYLADEMM  
IBAN: DE82 7005 0000 0000 0202 72  
USt-IdNr. DE 129 52 3996



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München



**Antrag auf Aufnahme - bitte hier die Kontaktdaten eintragen:**

Nachname, Vorname

---

Anschrift (Straße/Nr., PLZ, Ort)

---

Unter welcher Telefonnummer können wir Sie erreichen:

---

E - Mail

---

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) / Geburtsort

---

Staatsangehörigkeit

---

Gewicht (kg)

---

Größe (cm)

---

Ihr Geschlecht (bitte ankreuzen)

- männlich
- weiblich

Beruf

---

---



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München



### Ihr Versicherungsstatus (bitte ankreuzen)

- gesetzlich versichert
- gesetzlich versichert und private Zusatzversicherung
- privat
- Krankenversicherung und Beihilfeberechtigung

### Angaben zur Krankenversicherung/ des Trägers

Kennnummer der Krankenkasse/ des Trägers

---

Versicherungsnummer/Persönliche Kennnummer

---

*Bitte tragen Sie die Angaben aus der Versichertenkarte oder den Unterlagen Ihrer Krankenkasse ein. Sie finden die Angaben im Normalfall auf der Rückseite der Karte. Alternativ tragen Sie bitte Ihre Versichertennummer und den genauen Namen der Versicherung ein. Als Selbstzahler tragen Sie bitte jeweils „Selbstzahler“ in das Feld ein. Sollten Ihnen die Angaben nicht bekannt sein, vermerken Sie bitte „Nicht bekannt“ in den Eingabefeldern.*

### Versicherungstarif bei privater Krankenversicherung oder bei Beihilfeberechtigung (bitte ankreuzen):

- Basistarif
- Einbettzimmer
- Zweibettzimmer
- Chefarztbehandlung

**Ihre persönliche Vertrauensperson: Bitte benennen Sie einen nächsten Angehörigen oder eine Vertrauensperson.**

Name der Vertrauensperson

---

Straße, Hausnummer der Vertrauensperson

---

PLZ und Wohnort der Vertrauensperson

---

Telefonnummer der Vertrauensperson

---

**Meine Anmeldung gilt für (bitte ankreuzen)**

- eine stationäre Krankenhausbehandlung

**Ich möchte folgende Leistungen in Anspruch nehmen (bitte ankreuzen):**

- Regelleistung
- Ein - Bett - Zimmer (für Privatversicherte oder bei eigener Kostenübernahme)
- Zwei - Bett - Zimmer (für Privatversicherte oder bei eigener Kostenübernahme)
- Wahlärztliche Behandlung, Chefarztbehandlung (für Privatversicherte oder bei eigener Kostenübernahme)

**Sind Sie im Fall einer Aufnahme in der Lage, kurzfristig (innerhalb von 12 bis 24 Stunden) anzureisen? (bitte ankreuzen)**

- Ja
- Nein

**Ihr Terminwunsch. Ab wann können Sie Ihren Aufenthalt antreten?**

Datum

---

**Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage zu gut Sie können.**

**Bitte teilen Sie uns mit, um welche Erkrankung es sich handelt. Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden maximal die zwei wichtigsten möglichen Diagnosen aus. (bitte ankreuzen)**

- Somatoforme Störung
- Angststörung
  - Panikstörung
  - Agoraphobie
  - Phobien (Soziale Phobie, Spezifische Phobie)
  - Generalisierte Angststörung
- Depression
- Manie/ Hypermanie
- Psychosen
- Essstörungen (Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, Binge eating disorder)
- Zwangshandlungen/ - Gedanken
- Posttraumatische Belastungsstörung, Traumafolgestörung
- Persönlichkeitsstörungen
- Zwangsstörungen, Zwangsgedanken, - Handlungen
- Schmerzstörungen
- Sucht bzw. Substanzmissbrauch (Nikotin, Alkohol, Drogen)

**Befinden oder befanden Sie sich aufgrund des Störungsbildes in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? (bitte ankreuzen)**

- Ja
- Nein

**Angaben zum behandelnden Arzt/Therapeuten:**

Name des Arztes

---

Straße, Hausnummer des Arztes

---

PLZ, Ort des Arztes

---

Telefon des Arztes

---

**Welche der folgenden Unterlagen liegen Ihnen vor? Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus? (bitte ankreuzen)**

- Krankenhauseinweisung mit F- Diagnose vom Facharzt folgender Fachrichtung:  
Psychosomatik, psychosomatische Medizin, Psychiatrie o.ä.
- Krankenhauseinweisung mit F - Diagnose vom Facharzt einen anderen Fachrichtung  
wie z.B. Hausarzt, Neurologe, Internist
- Befund vom Arzt oder Psychotherapeuten
- Kostenzusage der gesetzlichen Krankenkasse
- Kostenzusage der Privatversicherung
- Bescheinigung über Beihilfeberechtigung
- Entlassungsberichte von bisherigen Klinikaufenthalten
- Es liegen noch keine Unterlagen vor
- Es liegen andere Unterlagen vor:

---



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München



**Die folgenden Seiten sind durch den Patienten selbst auszufüllen. Die Angaben sollen einen ersten Einblick in Ihre Beschwerden geben. Bitte schildern Sie Ihre Problematik in Stichpunkten oder wenigen Sätzen - maximal auf einer halben DIN A4 - Seite. Bei Rückfragen nehmen Sie Kontakt zu uns auf.**

**Beschreiben Sie bitte, aufgrund welcher körperlichen und/oder seelischen Beschwerden Sie sich in unserer psychosomatischen Klinik behandeln lassen möchten:**

---

---

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

---

---

**Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? (bitte ankreuzen)**

- Ja
- Nein

**Benennen Sie bitte die wichtigsten Ereignisse in Ihrem privaten und beruflichen Werdegang.**

---

---

**Welchen Einfluss hat die Erkrankung auf Ihr Leben (beruflich und privat)?**

---

---



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München



**Was hat Ihnen bisher geholfen?**

---

---

---

**Welche Ziele möchten Sie durch die Behandlung erreichen? Was soll sich ändern?**

---

---

---

**Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung? (bitte ankreuzen)**

- Ja
- Nein

**Sind Sie in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung? (bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)**

- Ja

Name des Therapeuten

---

Straße, Hausnummer des Therapeuten

---

PLZ, Ort des Therapeuten

---

Telefon des Therapeuten

---

- Nein

Was hat Sie bisher an einer ambulanten Psychotherapie gehindert?

---

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? (bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)**

- Ja

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

| Medikament | Dosierung | seit wann |
|------------|-----------|-----------|
|            |           |           |
|            |           |           |
|            |           |           |
|            |           |           |
|            |           |           |

- Nein

**Machen Sie sich Sorgen um Ihren Alkoholkonsum? (bitte ankreuzen)**

- Ja
- Nein

**Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen? (bitte ankreuzen)**

- Ja
- Nein

**Haben Sie eine Geh - oder andere körperliche Behinderung? Benötigen Sie medizinische oder sonstige Hilfsmittel (z.B. Katheter, CPAP - Maske, Rollstuhl etc.)? Ist Ihre Selbständigkeit eingeschränkt oder sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen? (bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)**

- Ja
- Nein

Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben zur Ihrer Behinderung bzw. den benötigten Hilfsmitteln.



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München



**Wer waren und sind in Ihrem Leben die Menschen, die für Sie am wichtigsten sind?**

---

**Sie finden hier einige Problembereiche aufgelistet. Bitte markieren Sie, welche im Rahmen Ihrer stationären Behandlung berücksichtigt werden sollen. (Bitte setzen Sie in das zutreffende Feld ein Kreuz)**

|                                      | unwichtig | weniger wichtig | wichtig | sehr wichtig | vordringlich |
|--------------------------------------|-----------|-----------------|---------|--------------|--------------|
| <b>Essstörung</b>                    |           |                 |         |              |              |
| <b>Tinnitus</b>                      |           |                 |         |              |              |
| <b>Ängste</b>                        |           |                 |         |              |              |
| <b>Zwangsgedanken/-handlungen</b>    |           |                 |         |              |              |
| <b>Partnerschaft/ Ehe</b>            |           |                 |         |              |              |
| <b>Freundschaften</b>                |           |                 |         |              |              |
| <b>Berufliche Leistungsfähigkeit</b> |           |                 |         |              |              |
| <b>Finanzielle Sorgen</b>            |           |                 |         |              |              |