



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

Nur vom Klinikpersonal auszufüllen!

- ☐ Aufnahmeliste ☐ Eilt ☐ Springer ☐ res. I.
☐ Vorgespräch: ☐ tel. ☐ persönl. ☐ Probewoche
Gehfähig/mobil: ☐ ja ☐ eingeschränkt
☐ UK vor Aufnahme ☐ Lolli- Test (THC) bei Aufnahme

Sonstiges: _____

Verdachtsdiagnose: _____

Bitte ein aktuelles
Foto einfügen

Patientenfragebogen - Zusendung des Fragebogens **per Fax: 06322/607-506** / **per Post** (z.Hd. Sek. PSM, Dr. Kaufmann-Str. 2, 67098 Bad Dürkheim) oder **per Mail: Akutpsychosomatik-DUEW@diakonissen.de** möglich! Bitte gut leserlich ausfüllen!

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Droht bei Ihnen Wohnungslosigkeit? : Ja ☐ Nein ☐

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ (gewünschte Anrede: Er / Sie)

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Telefonnummern Festnetz/Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherung:gesetzlich versichert ☐ Familienmitglied ☐ privat versichert ☐☐ private Zusatzversicherung (Leistung: ☐ 1Bett-Zi.; ☐ 2Bett-Zi.; ☐ Chefarztbehandlung)**Wichtig!**

Bitte kümmern Sie sich bei Ihrer privaten Zusatzversicherung schon jetzt um eine schriftliche Kostenzusage für eine stationäre Behandlung in der Akutpsychosomatik. Die Vorlage dieser Kostenzusage ist die Voraussetzung für Ihre Aufnahme bei uns.

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S.Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 1 von 13



Ev. Krankenhaus
Bad Dürkheim

Patientenfragebogen PSM

KHBD-PM-0004

Rentenversicherungsnummer: _____

Name des Rentenversicherungsträgers (z. B. DRV Bund, DRV Rheinland-Pfalz, Knappschaft
Bahn See etc.): _____

Sind Ihre Beschwerden auf Grund eines Arbeits- oder Wegeunfalls entstanden?

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, Name und Telefonnummer des zuständigen Sachbearbeiters bei der
Berufsgenossenschaft

Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r) oder eine Person Ihres Vertrauens:

Name, Adresse, Telefonnummer (Festnetz/Handy), die wir kontaktieren dürfen, wenn wir Sie
(auch im Vorfeld der Aufnahme) nicht erreichen:

Angaben zum einweisendem Arzt (Bitte genaue Angaben):

Name, Vorname: _____

Facharzt für: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

Angaben zu weiteren Behandlern (Psychotherapeuten, Ärzte, Ergotherapeuten usw.)

Berufsbezeichnung: _____

Name, Vorname: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

Berufsbezeichnung: _____

Name, Vorname: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 2 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

1. Körperliche Vorgeschichte

Größe: cm Gewicht: kg

a) *Unter welchen seelischen und/oder körperlichen Beschwerden leiden Sie?*

Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden, die Sie dazu bewogen haben, eine Behandlung anzutreten:

b) *Gibt es Auslöser/Ursachen, die zu Ihren aktuellen Beschwerden geführt haben?*

c) *Hatten Sie in Ihrem Leben schon einmal solche oder ähnliche Beschwerden?*

Wenn ja, wie oft und wann?

d) *Kennen Sie eines oder mehrere dieser Symptome? (bitte ankreuzen)*

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Schmerzen<input type="radio"/> Ohrgeräusche<input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit<input type="radio"/> Lärmempfindlichkeit<input type="radio"/> Kloßgefühl im Hals<input type="radio"/> Engegefühl in der Brust<input type="radio"/> Gleichgewichtsstörungen<input type="radio"/> Kurzatmigkeit<input type="radio"/> Herzklopfen/Herzrasen<input type="radio"/> Appetitlosigkeit	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Heißhungerattacken<input type="radio"/> Bauchschmerzen<input type="radio"/> Übelkeit<input type="radio"/> Verstopfung<input type="radio"/> Durchfall<input type="radio"/> Erhöhter Harndrang<input type="radio"/> Nächtliches Wasserlassen<input type="radio"/> Sexuelle Probleme<input type="radio"/> Juckreiz<input type="radio"/> Schwindel
---	---

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S.Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 3 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

e) Sind bei Ihnen akute oder chronische Erkrankungen / Operationen bekannt?

Nein ☐ Ja: ☐ Bitte bringen Sie möglichst alle Vorbefunde mit!
(Bsp. Arztbriefe, Röntgenbefunde, etc.,)

Wenn Ja, Welche?:

<u>Krankheit / Operation</u>	<u>Wann bzw. seit Wann?</u>

f) Haben Sie Allergien?

Nein ☐ Ja: ☐

Wenn ja, welche?: _____

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergien?

Nein ☐ Ja: ☐

Wenn ja welche?: _____

Bestehen bei Ihnen besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. vegan)?

Nein ☐ Ja: ☐

Wenn ja welche?: _____

g) Nehmen Sie Vorsorge-Untersuchungen in Anspruch? Wann zuletzt?

(z.B. Urologische Vorsorge, Zahnarztkontrolle, Darmspiegelung)

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 4 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

h) Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen? (Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Suchterkrankungen, seelische Erkrankungen, usw.)

Nein ☐ Ja: ☐ Wenn ja, Welche?

Angehörige (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder, usw.)	Alter	Erkrankung

i) Benötigen Sie bei der alltäglichen Verrichtung (Körperpflege, An- und Auskleiden) Unterstützung?

Nein ☐ Ja: ☐ Wobei: _____

j) Sind Sie gut zu Fuß/mobil?

Nein ☐ Ja: ☐

k) Haben Sie Wunden, die regelmäßig verbunden werden müssen (bitte zutreffendes ankreuzen)?

- ☐ Ja
☐ ich kümmere mich um die Wundversorgung selbst
☐ ich brauche bei der Wundversorgung Unterstützung

l) Besteht ein Pflegegrad?

Nein ☐ Ja: ☐ Welcher: _____

m) Welche Medikamente nehmen Sie? Aktuelle Medikationsplan anhängen!

Medikamentenname?	Dosierung?	Seit wann?	Hilfreich ja oder nein?

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 5 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

n) Genussmittel/ Medikamenten die nicht ärztlich verordnet sind:

Nikotin:

☐ nein ☐ ja Art und Menge: _____ (Wie viele Zigaretten/E-Zigarette pro Tag?)

☐ abstinenter seit: _____

Alkohol:

☐ nie ☐ abstinenter seit: _____ ☐ selten ☐ gelegentlich

☐ regelmäßig Art und Menge: _____ (Was trinken Sie in etwa pro Woche?)

Drogen/nichtverordnete Medikamente:

☐ nie ☐ abstinenter seit: _____ ☐ selten ☐ gelegentlich

☐ regelmäßig Art und Menge: _____

Datum der letzten Drogeneinnahme: _____

Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel:

☐ nein ☐ ja Art und Menge: _____ (welche? Wie oft?)

o) Gynäkologische Vorgeschichte (nur von Frauen auszufüllen!)

Waren Sie schon einmal schwanger?

Nein ☐ Ja: ☐

Wie ist/sind die Geburt/en verlaufen?

Gab es Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?

Nein ☐ Ja: ☐

Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung? Ergebnis?

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 6 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

2. Psychische Vorgeschichte

a) Haben Sie psychotherapeutische Vorerfahrung?

Nein ☐ Ja: ☐

Wenn ja, welche?

Ambulant	Stationär	Wann und wie lange?	Bei wem bzw. wo?

b) Was erschien Ihnen hierbei hilfreich?

c) Kreuzen Sie bitte an, ob bzw. welche Schwierigkeiten Sie in Ihrer Kindheit oder Jugend hatten

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ängste<input type="checkbox"/> Schlafstörungen/Alpträume<input type="checkbox"/> Bettnässen<input type="checkbox"/> Stammeln/Stottern<input type="checkbox"/> Wutausbrüche<input type="checkbox"/> Erröten<input type="checkbox"/> Übermäßiger Bewegungsdrang<input type="checkbox"/> Schüchternheit<input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten<input type="checkbox"/> Nägelbeißen<input type="checkbox"/> Leistungsprobleme in der Schule<input type="checkbox"/> Straffälligkeiten<input type="checkbox"/> Weglaufen	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gewalterfahrungen<input type="checkbox"/> Suchtmittel (Alkohol/Drogen)<input type="checkbox"/> Probleme mit der Aufmerksamkeit (ADHS/ADS)<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten in der Schule (Schulangst, Ausgrenzung, Hänseleien)<input type="checkbox"/> Unsicherheiten in der sexuellen Orientierung<input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch<input type="checkbox"/> Mangelnde sexuelle Aufklärung<input type="checkbox"/> Sexuelle Tabus in der Familie<input type="checkbox"/> Keine Besonderen<input type="checkbox"/> Andere:
--	--

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 7 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

d) Trifft eine der folgenden Verhaltensweisen momentan auf Sie zu?

<ul style="list-style-type: none">○ Selbstverletzung○ Problematischer Alkohol/Drogen/Medikamentenkonsum○ Problematischer Medienkonsum (Gaming, Internetshopping, Pornografie, Cybersex)○ Sexuelles Suchtverhalten/übermäßiges sexuelles Verlangen	<ul style="list-style-type: none">○ Kaufsucht○ Glücksspielsucht○ Diebstahlhandlungen○ Tötlich aggressives Verhalten gegen andere (handgreiflich werden, Gegenstände werfen)○ Verbal aggressives Verhalten gegen andere (schreien, beschimpfen)
--	--

e) Gibt es sexuelle Phantasien, Vorlieben oder Verhaltensweisen, die Ihnen Sorgen bereiten oder unter denen Sie oder andere leiden?

Nein ☐ Ja: ☐ Teils-Teils: ☐

f) Leiden Sie zurzeit an drängenden Selbstmordgedanken?

Nein ☐ Ja: ☐

Können Sie uns versichern sich nichts anzutun?

Sicher ☐ Nicht Sicher/Nein ☐

g) Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen?

Nein ☐ Ja: ☐ Wann?: _____

Wichtig: Bei drängenden Selbstmordgedanken holen sie sich bitte sofort Hilfe! Warten Sie nicht bis zu einer Aufnahme bei uns. Sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber, wenden Sie sich an ihren Hausarzt oder an die Telefonseelsorge: www.telefonseelsorge.de (Mailberatung/Chatberatung/Face-to-Face-Beratung) oder Telefon: 0800/111 0 111 oder: 0800/111 0 222 oder: 116 123 (Kostenfrei)

3. Soziale Anamnese

a.) Ausbildung/Berufliches/Finanzen:

♦ **Welchen Schulabschluss haben Sie?**

♦ **Haben Sie eine Berufsausbildung/Studium?** Nein ☐ Ja ☐

Welche(s)?: _____

♦ **Welche Art von Tätigkeit üben Sie zurzeit aus (berufliche Stellung)?**

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 8 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

♦ **Fragen zur aktuellen Berufstätigkeit:**

Vollzeit ☐, Teilzeit ☐, Wie viele Stunden pro Woche? _____

Unterstützt das Selbstwertgefühl? Nein ☐ Ja ☐

Haben Sie Spaß an ihrer Tätigkeit? Nein ☐ Ja ☐

Sind Sie im Kollegenkreis integriert? Nein ☐ Ja ☐

Bestehen Arbeitsplatzkonflikte? Nein ☐ Ja ☐

♦ **Sind Sie arbeitslos?** Nein ☐ Ja ☐

Falls Sie momentan arbeitslos sind, seit wann? _____ **Monat/Jahr**

Grund für die momentane Arbeitslosigkeit:

♦ **Sind Sie im Augenblick krankgeschrieben?** Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, seit wann? _____ **Monat/Jahr**

Grund für die Krankschreibung: _____

♦ **Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) festgestellt?**

Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel Prozent?: _____ %

♦ **Überlegen Sie zurzeit, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?**

Nein ☐ Ja ☐

♦ **Haben Sie aktuell einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt/ befinden Sie sich im Rentenstreit /Widerspruchverfahren?**

Nein ☐ Ja ☐

♦ **Beziehen Sie eine Rente?**

Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, Welche?: _____

♦ **Haben Sie Schulden, deren Rückzahlung nicht zufriedenstellend gelöst ist?**

Nein ☐ Ja ☐

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S.Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 9 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

b.) Beziehung/Familie/Hobbies-Interessen:

♦ **Besteht derzeit eine Beziehung?**

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, wie empfinden Sie Ihre Beziehung/Partnerschaft?

unterstützend/gut: ☐

problematisch/in Auflösung: ☐

♦ **Habe Sie Kinder?**

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, wie viele? _____ Alter? _____

Wie ist die Beziehung zu Ihren Kindern?

Problematisch: ☐

Unproblematisch: ☐

♦ **Wie sehen Sie die Beziehung zu der Familie**

(zu den Eltern, Geschwistern etc.)

Problematisch: ☐

Unproblematisch: ☐

♦ **Nehmen Sie am sozialen Leben teil? Besteht ein Freundeskreis?**

Nein ☐ Ja ☐

♦ **Nennen Sie die wichtigsten Freundschaften:**

♦ **Haben Sie Hobbies/Interessen?**

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche?

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S.Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 10 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

4. Fragen zur Aufnahme

a. Gibt es Termine, an denen Sie keinesfalls mit der stationären Aufnahme starten können?

b. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

5. Eigenbericht

a. Lebensgeschichte

Welche belastenden Lebensereignisse haben eventuell Einfluss auf Ihre aktuellen Beschwerden?

Gibt es ermutigende, aufbauende Lebensereignisse die Sie geprägt haben?

Wie war die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?

Welche Bezugspersonen waren für Sie wichtig?

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S.Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 11 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

Welche Glaubens- und Leitsätze haben Sie, welche Werte sind Ihnen wichtig?

b. Aktuelle Beschwerden und Lebenssituation

Wie beeinträchtigen die aktuellen Beschwerden Ihren Alltag (z.B. Freizeit, Beziehung, Arbeit?)

Was macht Ihre Beschwerden schlimmer?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was tun Sie selbst, um Ihre Beschwerden zu reduzieren und besser zurecht zu kommen?

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 12 von 13



Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim	Patientenfragebogen PSM	KHBD-PM-0004
---------------------------------	-------------------------	--------------

c. Kraftquellen und Ressourcen

Was ist gut an mir? Was finde ich gut an mir?

Was soll so bleiben wie es ist, weil ich es wertvoll und hilfreich finde?

Was soll sich durch meine Therapie ändern? (Nennen Sie 2-3 möglichst konkrete Ziele)

KHBD-PM-0004	Aktualisiert: S. Lynker/S. Kindel	Geprüft: P. Deibler	Freigabe: P. Deibler
Stand vom: 26.01.2026	Version: 16	Gültig ab: siehe Stand	Seite 13 von 13