



**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](mailto: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)

- Schmerzen
  - Ohrgeräusche
  - Lichtempfindlichkeit
  - Lärmempfindlichkeit
  - Kloßgefühl im Hals
  - Engegefühl in der Brust
  - Gleichgewichtsstörungen
  - Kurzatmigkeit
  - Herzklopfen/Herzrasen
  - Appetitlosigkeit
  - Heißhungerattacken
  - Bauchschmerzen
  - Übelkeit
  - Verstopfung
  - Durchfall
  - Erhöhter Harndrang
  - Nächtliches Wasserlassen
  - Sexuelle Probleme
  - Juckreiz
  - 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



**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? Aktuellen Medikationsplan anhängen!**

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



***n) Genussmittel/ Medikamenten die nicht ärztlich verordnet sind:***

**Nikotin:**

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

abstinent seit: \_\_\_\_\_

**Alkohol:**

nie       abstinent seit: \_\_\_\_\_       selten       gelegentlich

regelmäßig      Art und Menge: \_\_\_\_\_ (Was trinken Sie in etwa pro Woche?)

**Drogen/nichtverordnete Medikamente:**

nie       abstinent 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 Vorgesichte (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?**

---

---



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



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

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

**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](http://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



♦ **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



#### **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?***

---

---

---



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

---

---

---

**b. Aktuelle Beschwerden und Lebenssituation**

**Wie beeinträchtigten 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?**

---

---

---



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