

Behandlungs- und Vorbereitungsbogen zur stationären Aufnahme ins Therapiezentrum Ybbs

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie sich für eine therapeutische Begleitung bei uns entschieden bzw. sehr starkes Interesse an einem erfolgreichen stationären Aufenthalt bei uns haben. Unser aller Anliegen ist, Ihnen, eine bestmögliche Hilfestellung in Ihrem Genesungsprozess zukommen zu lassen. Um dies möglichst individuell vorbereiten zu können, ersuchen wir Sie im Vorfeld um Beantwortung gesundheitlicher Fragestellungen.

Sollten Sie Ihrerseits Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne als Ansprechpartner*innen zur Verfügung!

Was erscheint uns im Allgemeinen für Sie wichtig?

Dieser Bogen enthält Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation sowie zu Beschwerden und Problemen Ihres gesundheitlichen Befindens. Wir bitten Sie, jede Frage sorgfältig durchzulesen und soweit möglich, zu beantworten. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich in unserem Haus zu betreuen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.

Die Wartezeit vom Erstgesprächstermin bis zu einer stationären Aufnahme ist je nach Station unterschiedlich. Wir kontaktieren Sie telefonisch sobald ein Aufnahmetermin für Sie verfügbar ist.

Es ist wichtig, dass Sie den Fragebogen alleine ausfüllen, ohne andere Personen um Ihr Urteil oder Ihre Meinung zu bitten. **Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils auf Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an.**

Senden Sie bitte den Fragebogen ausgefüllt zurück:

Per Post an: Wiener Gesundheitsverbund – Therapiezentrum Ybbs
z.H. Ambulanz
Persenbeugerstraße 1–3
3370 Ybbs an der Donau

Oder per Fax: 07412 55 100 249

Oder per E- Mail: ambulanz.tzy@gesundheitsverbund.at

Teil 1: Angaben zu Ihrer Person

Herr / Frau / Divers:	
Titel:	
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Soz. Vers.-Nr.:	
Krankenkasse:	
Größe:	
Gewicht:	
Straße/Haus-Nr.:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Muttersprache:	
Familienstand:	
Wohnsituation:	
Anzahl und jeweiliges Alter der Kinder:	
Religionsbekenntnis (optional):	
Adresse des Arbeitgebers:	
Erlerner Beruf:	
Zuletzt ausgeübter Beruf/ und bis wann ausgeübt:	

Befinden Sie sich derzeit im Krankenstand?

Ja	Nein
----	------

wenn ja, seit: _____

Besteht derzeit ein aufrechtes Dienstverhältnis?

Ja	Nein
----	------

Sind Sie derzeit bei AMS arbeitslos gemeldet?

Ja	Nein
----	------

wenn ja, seit: _____

Befinden Sie sich bereits in der Pension?:

Ja	Nein
----	------

wenn ja, seit: _____

Wurde ein Pensionsantrag gestellt?:

Ja	Nein
----	------

wenn ja, gestellt am: _____

Sind Sie Mindestsicherungsbezieher*in oder erhalten Sie eine Ergänzung aus der Mindestsicherung (Sozialamt)?

Ja	Nein
----	------

wenn ja, seit: _____

Werden Sie oder wurden Sie bereits von der ÖGK ausgesteuert (Höchstdauer des Krankengeldes erreicht)?

Ja	Nein
----	------

wenn ja, seit: _____

Sind Sie RehaGeldbezieher*in?

Ja	Nein
----	------

wenn ja, seit: _____

Haben Sie eine Erwachsenenvertretung (vormals Sachwalterschaft)?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja welchen (Name, Adresse, Telefonnummer) und für welche Angelegenheiten?
(zutreffendes bitte ankreuzen)

--

☐ Finanzen/Behörden ☐ Medizinisch ☐ in Allen Angelegenheiten

a) Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

b) Geben Sie bitte Ihre*n einweisende*n Ärzt*in/an (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefonnummer):

c) Geben Sie bitte Ihre*n Hausärzt*in an (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefonnummer):

d) Geben Sie bitte Ihre derzeitigen behandelnden Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und ambulanten Nachbetreuungsstellen bzw. betreuenden Stellen an (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefonnummer):

Leiden Sie an Allergien?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Liegen bei Ihnen bekannte Unverträglichkeiten vor?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit oder eine Lebensmittelallergie festgestellt und medizinisch ausgetestet?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Diagnosen wurde gestellt/welche Unverträglichkeiten liegen vor?

Damit wir auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen können, bitten wir Sie, einen anerkannten medizinischen Befund zur Aufnahme mitzubringen. (bitte mitschicken falls Befund vorhanden)

Als medizinisch anerkannte Befunde gelten:

- Lactoseintoleranz: H2-Atemtest
- Fructosemalabsorption: H2-Atemtest
- Sorbitintoleranz: H2-Atemtest
- Histaminintoleranz: Histaminspiegel, DAO-Spiegel, Gliadin-AK
- Zöliakie: Dünndarmbiopsie-Befund
- Nahrungsmittelallergien: IgE, Haut-Test (Prick-Test)

Teil 2: Zu Ihren gesundheitlichen Einschränkungen/Ihren Erkrankung

- Leiden Sie an körperlichen/neurologischen/infektiösen Erkrankungen (Parkinson, Diabetes, Asthma, Hepatitis, HIV, etc.)?

Ja	Nein
----	------

Wenn Ja welche:

- Leiden Sie an Epilepsie?

Ja	Nein
----	------

- Hatten Sie schon ein Delir (Verwirrtheitszustand, sehen von weißen Mäusen, etc.)?

Ja	Nein
----	------

- Liegen bei Ihnen körperliche Behinderungen oder Beeinträchtigungen vor?

Ja	Nein
----	------

Wenn Ja welche:

- Welche Gehstrecke können Sie flott gehend bewältigen:

- Hatten Sie Operationen und/oder welche Unfälle hatten Sie?

Ja	Nein
----	------

Wenn Ja welche:

- Sind Sie wegen Ihrer psychischen und/oder körperlichen Beschwerden von einer*m Ärzt*in untersucht worden?

Ja	Nein
----	------

- Liegt ein psychologischer Testbefund vor?

Ja	Nein
----	------

Wenn Ja mit welchen Ergebnissen oder Diagnosen?

--

- Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, geben Sie **bitte alle Medikamente** an, die Sie einnehmen. (Alternativ legen Sie ein aktuelles Medikamentenblatt bei)

Geben Sie bitte in den dafür vorgesehenen Spalten den Namen der Medikamente, die Dosis (Menge) und den Zeitpunkt an, seitdem Sie die Medikamente einnehmen.

Medikamente:

Medikamente (Name)	Dosierung (Menge)	Seit wann?

b) Angst

Ein Panik- bzw. Angstanfall besteht aus plötzlich einsetzender intensiver Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei treten häufig zur gleichen Zeit sehr unangenehme körperliche Symptome auf, z.B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

- Haben Sie einmal einen solchen Anfall erlebt, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben bestand?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, wie häufig treten diese Angstanfälle auf?

--

- Treten diese Angstattacken wie aus heiterem Himmel auf?

Ja	Nein
----	------

- Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Brücken, enge Räume betreten, in Menschenmengen mischen, usw.), weil Sie fürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

--

- Haben Sie häufig Befürchtungen über zukünftiges Unglück?

Ja	Nein
----	------

- Fühlen Sie sich häufig nervös, angespannt, unruhig?

Ja	Nein
----	------

c) Psychosen

- Haben Sie schon einmal Stimmen gehört, andere Halluzinationen gehabt oder sich wiederholt beobachtet/verfolgt gefühlt?

Ja	Nein
----	------

Ja, und zwar:

--

d) Psychoorganische Störungen

- Haben Sie jemals schwere Kopfverletzungen erlitten (z.B.: durch Unfall, auch mit Bewusstlosigkeit, Koma)?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, welche Verletzungen waren das?

--

- Hatten Sie schwere Erkrankungen des Gehirns (Tumor, Entzündungen, Infektionen, Schlaganfall, Blutung)?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, welche Erkrankungen waren das?

--

e) Depressionen – (Hypo)–Manie

- Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen nahezu jeden Tag niedergeschlagen oder bedrückt oder hatten kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen oder Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der angeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

traurig, depressiv, freudlos	wiederkehrende Gedanken an den Tod
verminderter oder gesteigerter Appetit	Müdigkeit oder Energieverlust
Antriebslosigkeit	Selbstmordgedanken
Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein	Selbstmordversuch
Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf	Konzentrationsverlust
Entscheidungsunfähigkeit	Verlangsamung der Bewegung oder des Sprechens
Schuldgefühle	Gefühl der Wertlosigkeit
deutliche Gewichtszunahme oder deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät	Rückzug

- Leiden Sie gegenwärtig noch unter dieser niedergeschlagenen oder bedrückenden Stimmung?

Ja	Nein
----	------

- Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehreren Tagen deutlich überdurchschnittlich gut gestimmt, deutlich überdurchschnittlich aktiv, mit einem auffallenden Gefühl von Wohlbefinden, oder gesteigerter Leistungsfähigkeit?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der angeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

gesteigerte Aktivität	gesteigertes Redebedürfnis
gehobene Stimmung	vermindertes Schlafbedürfnis
Ruhelosigkeit	Selbstüberschätzung
gesteigerte Geselligkeit	Gewichtsverlust

f) Schlafverhalten

- Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, wie lange dauert es in der Regel nach dem zu Bett gehen, bis Sie eingeschlafen sind?

--

- Haben Sie Probleme durchzuschlafen (unruhiger Schlaf, häufiges Aufwachen)?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, wie viele Stunden schlafen Sie nachts insgesamt?

--

- Passiert es Ihnen häufiger, dass Sie tagsüber plötzlich für kurze Zeit einschlafen?

Ja	Nein
----	------

- Haben Sie sich schon wiederholt selbst verletzt?

Ja	Nein
----	------

Wenn Ja, wie haben Sie sich verletzt z.B. geritzt, geschnitten, geschlagen,...

Wie oft haben Sie sich schon selbstverletzt, in welchen Abständen? Wann haben Sie sich zuletzt verletzt?

--

- Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

Ja	Nein
----	------

Wenn Ja, wann zuletzt, wie oft zuvor?

--

- Ist Ihre Stimmung wiederholt rasch wechselnd (Angst, Gereiztheit, Aggressivität, Traurigkeit, Euphorie)?

Ja	Nein
----	------

- Haben Sie häufig Gefühle von Leere oder Langeweile?

Ja	Nein
----	------

- Kommt es bei Ihnen häufig zu heftiger Wut und haben Sie Probleme diese zu kontrollieren?

Ja	Nein
----	------

- Bringen Sie sich – absichtlich oder unabsichtlich – wiederholt in Lebensumstände/Situationen, die Ihnen definitiv schaden?

Ja	Nein
----	------

i) Nikotin / Alkohol / Medikamente / Drogen

- Sind Sie Raucher*in?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

--

- An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

--

- Wie viel Alkohol (und welchen: Bier, Wein, Spirituosen,..) trinken Sie **an einem Tag**, an dem Sie Alkohol trinken?

--

- Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, wie viel Alkohol haben sie damals getrunken?

--

Wann war das?

--

- Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben wegen übermäßigem Alkoholkonsum (gemeint sind sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Behandlungen) in **ambulanter oder stationärer** Behandlung?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, geben Sie bitte für alle diesbezüglichen Behandlungen in den dafür vorgesehenen Spalten an, wo und wann diese stattfinden und wie lange Sie anschließend abstinent geblieben sind.

Wo?	Wann?	Abstinenzdauer?

- Hatten Sie schon eine Entzugsepilepsie?

Ja	Nein
----	------

- Hatten Sie schon ein Delir (Verwirrtheitszustand, sehen von weißen Mäuse, etc.)?

Ja	Nein
----	------

- Haben Sie in den letzten 6 Monaten Drogen (z.B.: Heroin, Kokain, Crystal Meth, synthetische Drogen, Cannabis,...) konsumiert?

Ja	Nein
----	------

Ja, und zwar:

--

- Haben Sie wegen Medikamenten-/Drogenproblemen schon einmal eine Therapie gemacht oder stehen Sie derzeit in einem Substitutionsprogramm?

Ja	Nein
----	------

Ja, und zwar:

--

- Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig abhängig machende Medikamente (z.B.: Psychopax, Valium, Praxiten, Xanor, Temesta, ...), unabhängig ob von Ärzt*in verschrieben oder nicht, ein?

Ja	Nein
----	------

Ja, und zwar:

Medikamente (Name)	Dosierung (Menge)	Seit wann?

j) Ess-Störungen

- Treffen auf Sie einer oder mehrere der unten angeführten Punkte zu?

Bitte ankreuzen:

- Ich beschäftige mich ständig – wenn auch nur gedanklich – mit dem Essen.
- Ich habe oft Essattacken (große Mengen in kurzer Zeit essen)
- Danach versuche ich zu erbrechen.
- Ich hungere oft/immer bewusst und/oder vermeide tunlichst dickmachende Nahrungsmittel.
- Ich habe immer das Gefühl, viel zu dick zu sein (obwohl das vielleicht meine Bekannten und Verwandten gar nicht so sehen).
- Ich habe furchtbar Angst, zuzunehmen, zu dick zu werden.
- Ich verwende häufig Abführmittel, Appetitzügler, Entwässerungsmittel.
- Ich treibe übertrieben Sport, um abzunehmen, bin prinzipiell sehr leistungsorientiert und hart zu mir selbst.
- Ich habe eine hormonelle Störung, Unregelmäßigkeiten in meinem Regelzyklus, etc.
- Nein – es trifft keiner dieser Punkte zu.

k) Schmerzen

- Haben Sie Schmerzen, die Sie in Ihrem alltäglichen Leben stark beeinträchtigen?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, seit wann bestehen diese Schmerzen?

Tage – Wochen	1 – 6 Monate	6 Monate – 2 Jahre	länger
---------------	--------------	--------------------	--------

- Wie lange dauern diese Schmerzen und wie häufig treten diese auf?

Sekunden	Minuten	Stunden	Tage
meist nur 1 x täglich	mehrmals täglich	dauernd	

- Wie empfinden Sie diese Schmerzen?

stechend	dumpf	ziehend	kribbeln
blitzartig	schneidend	bohrend	drückend
brennend	krampfartig		

- Sind Sie wegen Ihrer Schmerzen bisher ärztlich untersucht oder behandelt worden?

Ja	Nein
----	------

wenn Ja:

- a) Welche*r Ärzt*in/Therapeut*in (Fachrichtung)?

--

- b) Welche Diagnosen wurden gestellt?

--

c) Welche Therapien haben Sie bisher erhalten?

I) Persönliche Ressourcen und Ziele

Was sind Ihre Stärken? Was macht Ihnen Freude? Worauf sind Sie stolz?

Was soll sich während Ihres Klinikaufenthaltes verändern?

Nennen Sie bitte 3 oder mehrere Therapieziele:

Ihre Einstellung zu Ihren Medikamenten:

Ich möchte meine Medikamente gerne reduzieren:

Ja	Nein
----	------

Ich bin zufrieden mit meiner Medikation:

Ja	Nein
----	------

Ich möchte meine Medikamente gerne verändern:

Ja	Nein
----	------

Platz für zusätzliche Informationen:

[illegible]

TEIL 4: Datenschutzerklärung

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Ihre personenbezogenen Daten (das sind: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Familienstand, Versicherungsnummer, Versicherungsträger, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Foto, Nationalität, ggf. KFZ-Kennzeichen, ggf. besondere Kostformen) sowie gesundheitsbezogene Daten betreffend die Aufnahme durch eine*n Ärzt*in, die Pflege und die Therapeut*innen (z.B. Diätologie), die Diagnostik, medikamentöse Therapie, therapeutische Maßnahmen, (das sind u.a. Diagnosen, Befunde, zuweisende*r Ärzt*in, Allergien, Unverträglichkeiten, gesundheitlich notwendige Hilfsmittel z.B. Krücken, Medikation, Operationen, Vorerkrankungen, Pflegestufe, Aufenthaltsdatum, Begleitperson) im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt und Ihrer Behandlung im Therapiezentrum Ybbs verarbeitet.

Die behandelnden Ärzt*innen des Therapiezentrums Ybbs sind während Ihres stationären Aufenthaltes in der Klinik berechtigt, Arztbriefe und medizinische Befunde über zurückliegende Krankenhausaufenthalte oder medizinische Untersuchungen einzuholen und die den Aufenthalt betreffenden medizinische Dokumentation und den Entlassungsbericht an den zuständige/n Kostenträger*in und den*die weiterbehandelnde*n Ärzt*in oder die weiterbehandelnde Einrichtung zu versenden und die entsprechenden Gesundheitsdaten zu verarbeiten, um den Behandlungsvertrag mit Ihnen erfüllen zu können.

Der*die zuständige Kostenträger*in wird über den Behandlungsantritt mittels gesicherter elektronischer Datenübermittlung informiert. Auch der Zeitpunkt der Entlassung wird in elektronischer Form oder mittels Fax gemeldet. Die Verarbeitung erfolgt zwecks Erfüllung des Behandlungsvertrages auf Basis von Art 6 (1) b) der EU Datenschutz-Grundverordnung ("DSGVO"). Die Verarbeitung dieser Daten ist für die Abwicklung und Verwaltung des Behandlungsverhältnisses erforderlich.

Im Rahmen Ihres Aufenthaltes und für eine bestmögliche Behandlung ist es in bestimmten Fällen erforderlich, personenbezogene Daten an externe Dienstleister*innen wie Labor, Apotheke etc. weiterzugeben oder zur Abstimmung mit Behörden, Kostenträger*innen oder anderen Institutionen auszutauschen. Darüber hinaus werden keine Daten an Dritte weitergegeben.

Die Daten werden in unserer Einrichtung für die Dauer des Behandlungsverhältnisses gespeichert sowie darüber hinaus, solange gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen, Rechtsansprüche aus dem Behandlungsverhältnis geltend gemacht werden können oder sonstige berechtigte Gründe eine weitere Speicherung erforderlich machen und rechtfertigen. Sie haben jeweils nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden Daten, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch gegen die Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit sowie Einbringung einer Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe in der Erhebung/Beantwortung Ihrer Gesundheitsfragen.

Das Team der Ambulanz wünscht Ihnen vorab einen erfolgreichen Aufenthalt und vor allem, dass Sie Ihr Therapieziel mit unserer Hilfestellung erreichen mögen.

.....
Datum

.....
Unterschrift