

mgU 1 Aufnahmebogen zu A 2.3.1.1

Wohnform vor der Aufnahme (freiwillig)

- eigene Wohnung allein mit Partner/in
 Elterliche Wohnung Wohngemeinschaft Obdachlos

Wohnheim / Adresse: _____

Fachklinik / Adresse: _____

Schule und Berufsausbildung (freiwillig)

	mit Abschluss	ohne Abschluss
Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule/Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufsausbildung als: _____

Wie sieht Ihre derzeitige Tagesstruktur aus? *

Ärztliche Betreuung *

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Psychiater/Neurologe: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Kontakte für den Notfall (freiwillig)

Psychiatrische Krankengeschichte*

Diagnose/n *: _____

Diagnoseschlüssel nach ICD 10 *: _____

In welchem Alter ist Ihre Erkrankung zum ersten Mal in Erscheinung getreten? (**freiwillig**) _____

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre psychiatrische Behandlung? (**freiwillig**) _____

Wann war ihr letzter Aufenthalt in einer Fachklinik für Psychiatrie? * _____

Adresse der Klinik *: _____

Wie viele stationäre psychiatrische Behandlungen sind insgesamt erfolgt?* _____

Suchterkrankung*

ja nein

Steht die Suchterkrankung im Vordergrund? ja nein

Welche Suchtmittel haben Sie konsumiert?

In welchem Jahr haben Sie zuletzt Suchtmittel zu sich genommen? _____

Entgiftungen (freiwillig) ja nein Wie viele? _____

Entwöhnungsbehandlungen/Kuren (freiwillig) ja nein

Medikation *

Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung Ihrer psychischen Erkrankung ein?
Stellen Sie diese selbst? Erfolgt eine zuverlässige Einnahme?

Wie kündigt sich Ihre Erkrankung an? Woran bemerken Sie eine Verschlechterung Ihrer Befindlichkeit? (Frühwarnsymptome) (freiwillig)

Schildern Sie Ihre körperliche/n Erkrankungen/ansteckende Krankheiten: (freiwillig)

Was ist der Grund für Ihren Aufnahmewunsch zum jetzigen Zeitpunkt? *

Was fällt Ihnen auf Grund Ihrer Erkrankung derzeit schwer? Wo benötigen Sie Unterstützung? *

Was gelingt Ihnen gut? Womit sind Sie in Ihrem Leben zufrieden? (freiwillig)

**Was ist Ihr Lebensziel? Was möchten Sie erreichen? (freiwillig)
Was motiviert Sie das zu erreichen?**
