



AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH

DKR PSM Anmeldung zur stationären Aufnahme auf der Psychotherapiestation 52

Hinweis: Dieser Bericht wird vertraulich behandelt und wird nur intern den zuständigen Ärzten oder Psychotherapeuten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung gestellt.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um ihre Behandlung auf unserer Psychotherapiestation bereits vor der Aufnahme möglichst gut vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Daher bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen zu beantworten. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Name:: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Straße. \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

1. Beschreiben Sie bitte, aufgrund welcher körperlichen und seelischen Beschwerden Sie sich in der Psychosomatik behandeln lassen möchten.

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

2. Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt (Beginn, zeitlicher Verlauf)?

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_