

Prozess: Aufnahme

Anamnesefragebogen

In diesem Fragebogen werden Sie um einige persönliche Angaben gebeten. Wir erheben diese Angaben, um verwaltungstechnische Angelegenheiten für Sie klären zu können. Bitte schicken Sie den Anamnesefragebogen vollständig ausgefüllt, zusammen mit einem aktuellen Passfoto, an uns zurück!
Vielen Dank!

1. Angaben zur Person

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsname: _____	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz/polizeilich gemeldet:	
Straße: _____	Ort: _____
PLZ: _____	Nebensitz vorhanden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Aktuelle Wohnsituation (wenn z. Zeit in einer Klinik o. ä., dann Wohnsituation davor: allein lebend, bei Eltern, o. a.)? _____	

2. Familienangehörige und Bezugspersonen:

Vater: Name: _____	Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____	
Tel.: _____	Geb.-Ort: _____
Beruf: _____	falls Vater verstorben; am: _____
Mutter: Name: _____	Geb.-Datum: _____
geborene: _____ Geb.-Ort: _____	
Anschrift: _____	
Tel.: _____	Beruf: _____
falls Mutter verstorben, am: _____	

Geschwister: 1. _____ Alter: _____
 2. _____ Alter: _____
 3. _____ Alter: _____
 4. _____ Alter: _____

(Ehe-) Partner: _____ Alter: _____ Tel.: _____

Kinder: 1. _____ Alter: _____
 2. _____ Alter: _____
 3. _____ Alter: _____
 4. _____ Alter: _____

Nahestehende Angehörige, Freunde: _____

3. Schule/Berufsausbildung/Studium - (bitte genaue Zeitangaben):

Schule (Art u. Ort/auch abgebrochene Schulbesuche): _____ von/bis _____

höchster erzielter Schulabschluss? _____
 wann? _____ Abschlussnote? _____

Berufsfachschulen (Art, Ort und Fachrichtung/auch abgebrochene Schulbesuche): _____ von/bis _____

Abgeschlossen? Nein Ja , als _____

Berufsausbildung (Art, Ort und Fachrichtung/auch abgebrochene Ausbildungen): _____ von/bis _____

Abgeschlossen? Ja Nein Durchschnittsnote Theorie _____ Praxis _____

Beschreiben Sie bitte die Art Ihrer Tätigkeit (welche Aufgaben hatten Sie konkret zu erledigen?):

Sonstige berufliche Qualifikationen (Fremdsprachen-, Schreibmaschinen-, Computer-, Schweißkurse etc.):

Studium (Fachrichtung und Ort/auch abgebrochene Studiengänge): von/bis

Abgeschlossen? Nein Ja , als _____

4. Schwerbehinderung:

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____

Beantragt , beim Versorgungsamt _____ am _____

5. Arbeitssituation (bitte genaue zeitliche Angaben):

Welchen beruflichen Tätigkeiten sind Sie bislang nachgegangen?

Art der Tätigkeit Firma von/bis

(gegebenenfalls gesondertes Blatt benutzen)

Letzte berufliche Tätigkeit von/bis

als: _____

Firma/Name: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Beschreibung Ihrer letzten Tätigkeit (Tätigkeits- und Arbeitsplatzbeschreibung):

Vollzeit Teilzeit Schichttätigkeit Ja Nein

Besondere Belastungen und Anforderungen in dieser Tätigkeit:

Haben Sie körperliche Einschränkungen (die die Tätigkeit in bestimmten Berufsfeldern ausschließt)?

Kontakte zu Arbeitsagenturen/Arbeitsämtern:

1. _____ wann? _____
2. _____ wann? _____
3. _____ wann? _____

Haben Sie bei einer Arbeitsagentur einen Antrag zur beruflichen Rehabilitation gestellt?

Nein Ja , und zwar bei der Arbeitsagentur _____

Wurde eine Testung bei der Arbeitsagentur durchgeführt (Berufseignung, Leistungsdiagnostik o. ä.)?

Nein Ja , und zwar _____

Haben Sie bereits eine berufliche Rehabilitations- und/oder Fördermaßnahme absolviert?

Nein Ja , und zwar Art und Ort der Maßnahme _____ von/bis _____

Wurde in diesem Rahmen eine Testung durchgeführt? Ja Nein

Wurde(n) die Maßnahme(n) regulär beendet? Ja Nein

Falls abgebrochen, aus welchen Gründen?

Welche Zeiten der letzten 12 Monate waren Sie arbeitsunfähig (AU-Zeiten)?

keine bis mindestens 3 Monate 3 – 6 Monate
6 Monate und mehr ich war nicht erwerbsfähig in den letzten 12 Monaten

Beziehen Sie Erwerbminderungsrente? Ja Nein

Beziehen Sie Arbeitslosengeld II? Ja Nein

Sonstige Bezüge? Nein Ja , und zwar _____

6. Angaben zur Erkrankung

Wann erfolgte die erste psychiatrische Behandlung?

ambulant: _____ Arzt: _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

stationär: _____ Arzt : _____

Diagnosen : 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Klinikaufenthalte: Name der Klinik

von/bis

1. Klinik: _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

2. Klinik: _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

3. Klinik: _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

4. Klinik: _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Ambulante fachärztliche Behandlung:

Derzeit in nervenfachärztlicher Behandlung bei: (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)

Name: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Falls Sie derzeit nicht in nervenärztlicher Behandlung sind, Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Name: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Unter welchen anderen schwerwiegenden Erkrankungen leiden Sie?

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Welche Operationen hatten Sie bereits?

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Besteht z. Zeit eine medikamentöse Behandlung (Psychopharmaka)? Nein Ja

Wenn ja, bitte aktuelle Medikation (Medikamentenname/Dosis/seit wann verschrieben?):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Folgende Psychopharmaka wurden mir schon mal verschrieben:

1. _____ abgesetzt, weil _____
2. _____ abgesetzt, weil _____
3. _____ abgesetzt, weil _____
4. _____ abgesetzt, weil _____
5. _____ abgesetzt, weil _____

Besteht eine nicht-psychiatrische Dauermedikation? Nein Ja , folgende:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

8. Ausweispapiere

Personalausweis-Nr.: _____ gültig bis: _____

Reisepass-Nr.: _____ gültig bis: _____

Bei ausländischer Staatsangehörigkeit:

Aufenthaltserlaubnis/-berechtigung unbefristet befristet bis: _____

oder Vergleichbares: _____

Einverständniserklärung

Um die Erstellung und Fortführung eines Behandlungs- und Rehabilitationsplanes zu gewährleisten, sowie die Kostenklärung zu ermöglichen, **bin ich mit der Überlassung dieses Fragebogens an die Mitarbeitenden des medizinisch-therapeutischen Dienstes einverstanden.**

Ich verpflichte mich, während des gesamten Aufenthalts den Genuss von Alkohol zu reduzieren (innerhalb der „RPK-Landsberg“ besteht völliges Alkoholverbot), auf stimulierende Mittel (Rauschmittel, nicht verordnete Medikamente) zu verzichten und bei einem Verstoß, die bei einer Kontrolle entstehenden Materialkosten unserer Einrichtung zu ersetzen (z. B. Kosten für verschiedene Drogenschnelltest).

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____