

Name Vorname Geburtsdatum.....

Telefonnummer (Handy und! Festnetz):

Datum Unterschrift.....

☐ **Routinekontrolltermin!** Ich habe **keine** aktuellen **psychischen/** seelischen **Beschwerden**.
Ich bin mit meiner psychiatrischen Medikation gut eingestellt.

Mir wichtige Themen:

- ☐Beschwerden ☐Medikamente/Nebenwirkungen ☐Probleme am Arbeitsplatz/Familie
☐Fragen zu GdB, Reha, Rente, ☐Krankschreibung ☐Sonstiges.....

☐ Ich habe folgende seelisch verursachte **AKTUELLE BESCHWERDEN** während der letzten 7 Tage, mindestens dreimal aufgetreten und als deutliche Belastung erlebt!) (bitte ankreuzen):

☐zu wenig Antrieb, ☐Überforderungsgefühl, ☐ich kann den Alltag nicht bewältigen, ☐ich ziehe mich von sozialen Kontakten zurück, ☐ich habe zu viel Energie, ☐ich mache (zu-) viele Dinge gleichzeitig und beende sie nicht.

☐Reizbarkeit, ☐innere Unruhe, ☐innere Anspannung, ☐Dünnhäutigkeit, ☐labile Stimmung, ☐häufiges Weinen, ☐häufig wechselnde Stimmung, ☐plötzliche Wutausbrüche.

Ich bin ☐niedergeschlagen, ☐selbstunsicher, ☐fühle mich wertlos, ☐mir ist alles egal, ☐ich kann ich nicht mehr freuen.

☐Ich verletze mich selber, ☐Ich bin aggressiv anderen gegenüber, ☐mit Worten, ☐körperlich.

☐Ich habe Gedanken mir das Leben zu nehmen.

☐Ich muss aus einem „inneren Zwang heraus“ Dinge wiederholt denken oder tun, obwohl ich das eigentlich für unsinnig halte (zum Beispiel: wiederholt die Türen und Fenster kontrollieren oder mir nach einem bestimmten Ritual die Hände waschen oder bestimmte Bewegungsmuster ausführen). Wenn ja, bitte beschreiben.....

☐Ich höre Stimmen in meinem Kopf, ☐Ich fühle mich bedroht, verfolgt.

Ich leide unter: ☐Erschöpfung, ☐Einschlafstörungen, ☐Durchschlafstörungen, ☐Alpträumen, ☐ich bin schon lange vor der normalen Zeit wach, ☐übermäßigem Schlafbedürfnis, ☐morgens, (☐abends) geht es mir besonders schlecht

Ich leide unter: ☐Konzentrationsstörungen, ☐Vergesslichkeit, ☐Gedächtnislücken, ☐Zeitlücken, ☐ich finde mich manchmal an Orten wieder und weiß nicht wie ich dorthin gekommen bin.

Ich leide unter: ☐unbestimmten länger anhaltenden Ängsten, ☐kurze Angstattacken (Panikattacken), ☐plötzlichem Herzrasen, ☐Angst alleine zu sein, ☐Schwindel, ☐spezifischen Ängsten vor.....

Ich habe: ☐zu wenig Appetit, ☐zu viel Appetit, ☐ich kann mein Essverhalten nicht kontrollieren, ☐ich leide unten „Fressattacken“, ☐erbreche mein Essen, um nicht zuzunehmen, ☐ich habe deutliches Übergewicht.

☐Erinnerungen an früher erlebte, belastende Ereignisse kommen mir plötzlich ungewollt „lebendig“ vor meinen Augen.
☐Die Welt um mich herum fühlt sich oft unwirklich an, ☐mein Körper fühlt sich oft unwirklich an, ☐Ich leide unter großer Schreckhaftigkeit, ☐Ich habe Schwierigkeiten zu vertrauen.

Ich leide unter: ☐Kopfschmerzen, ☐Körperschmerzen, ☐Magen-Darmbeschwerden

☐ **Sonstige Beschwerden** (bitte ergänzen):

Meine Beschwerden haben sich in den letzten 4 Wochen: ☐verbessert, ☐sind gleich geblieben, ☐verschlechtert

Nehmen Sie die von mir verordneten **Medikamente regelmäßig** ein? ☐Ja ☐Nein

Folgendes Medikament habe ich in der Dosis verändert oder abgesetzt

Falls Sie Medikamente einnehmen leiden Sie unter **Nebenwirkungen**? ☐Nein, ☐Ja (bitte diese aufzählen):

.....

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen!!→→

Befinden Sie sich in einer **Psychotherapie** oder ist eine solche geplant? ☐Nein

☐Ja, seit.....bei.....

Eine ☐stationäre oder ☐tagesklinische **Krankenhausbehandlung** ☐medizinische **Reha** ☐berufliche Reha ist geplant.

Geplanter Maßnahmetermin: Wo?

☐Ist nicht geplant. ☐Wurde vom Kostenträger (Krankenkasse/Rententräger) abgelehnt.

Besteht Kontakt zum **Integrationsfachdienst**? ☐Ja ☐Nein

Ist Grad der Behinderung (**GdB**) beantragt? ☐Ja ☐Nein ☐Besteht mit.....%

Wurde ein **Rentenantrag** gestellt? ☐Ja ☐Nein

Besteht eine **Berentung**? ☐Nein ☐Ja, unbefristet ☐Befristet bis.....

Welchen **Beruf** üben Sie normalerweise aus?..... Mit welcher **Stundenzahl**?.....

Sind Sie **krankgeschrieben**? ☐Nein ☐Ja, seit.....(Bitte genaues **Datum** angeben!)

Durch wen erfolgte die Krankschreibung?..... Aufgrund welcher **Diagnosen**?.....

Ist eine **stufenweise Wiedereingliederung** am Arbeitsplatz geplant? ☐Nein ☐Ja, ab/seit.....

Wurde die stufenw. Wiedereingliederung vom Arbeitgeber und der Krankenkasse genehmigt? ☐Ja ☐Nein

Fühlen Sie sich in absehbarer Zeit **wieder arbeitsfähig**? ☐Nein ☐Ja, ca. ab.....

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen!! →→