

Selbstauskunftsfragebogen für ein Indikationsgespräch

Station für Traumafolgestörungen und Transkulturelle Psychotherapie (PT3)

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Therapie auf unserer Station. Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung des obligatorischen Indikationsgesprächs. Die Angaben helfen uns, Ihre aktuelle Situation und Ihr Anliegen besser zu verstehen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden ausschliesslich im Rahmen der Aufnahmeplanung und des Indikationsverfahrens verwendet.

1. Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe

Zivilstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

2. Sprache und kultureller Hintergrund

Muttersprache:

Weitere Sprachkenntnisse:

Benötigen Sie für Gespräche eine professionelle Dolmetscherin oder einen professionellen Dolmetscher?

☐ Nein ☐ Ja, Sprache:

Staatsangehörigkeit(en):

Aufenthaltsstatus in der Schweiz:

☐ CH ☐ B ☐ C ☐ Ci ☐ F ☐ G ☐ L ☐ N ☐ S

Im Falle eines laufenden Asylgesuches:

☐ Asyl gewährt ☐ Asyl abgelehnt ☐ Verfahren läuft ☐ keine Angabe

3. Aktuelle Beschwerden und bisherige Behandlungen

Welche Beschwerden und Belastungen bestehen aktuell?

Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen:

☐ ambulant, seit: _____

☐ stationär, seit: _____

☐ keine

Falls bereits Vorbehandlungen stattgefunden haben: Bei welchen Fachpersonen oder Institutionen waren Sie bisher in Behandlung?

Wurden frühere Behandlungen vorzeitig beendet oder abgebrochen?

☐ Nein ☐ Ja, aus folgenden Gründen:

4. Aktuelle Lebenssituation

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

☐ allein ☐ mit Partner ☐ mit Kindern ☐ Wohngemeinschaft ☐ betreute Wohnform

☐ ohne festen Wohnsitz ☐ andere:

Wie ist Ihre aktuelle berufliche oder finanzielle Situation?

☐ angestellt ☐ Ausbildung ☐ arbeitslos ☐ arbeitsunfähig ☐ Krankentaggeld

☐ IV-Rente ☐ berufliche Wiedereingliederung ☐ Sozialhilfe

☐ andere:

Leben Kinder oder andere betreuungsbedürftige Angehörige in Ihrem Haushalt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Bestehen aktuell laufende Gerichtsverfahren oder juristische Auflagen?

☐ Nein ☐ Ja:

5. Risikoverhalten

Besteht aktuell selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität?

☐ Nein ☐ Ja, bitte kurz beschreiben:

Konsumieren Sie aktuell Alkohol, Beruhigungs- oder Schlafmittel oder andere Substanzen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Haben Sie oder andere Personen sich Sorgen über bestimmte Verhaltensweisen oder Gewohnheiten gemacht?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

6. Traumatische und belastende Erfahrungen

Haben Sie in Ihrem Leben besonders belastende oder traumatische Erfahrungen gemacht? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ körperliche oder sexuelle Gewalt

☐ Gewalterfahrungen

☐ Krieg, Flucht oder Verfolgung

☐ Schwere Unfälle oder medizinische Notfälle

☐ Sonstige belastende Erfahrungen:

☐ Darüber möchte ich erst im persönlichen Gespräch sprechen.

7. Motivation und persönliche Therapieziele

Wie sind Sie auf unsere Station aufmerksam geworden?

☐ Eigene Initiative ☐ Empfehlung durch behandelnde Fachperson

☐ Empfehlung durch IV / Versicherung / Behörde

☐ Sonstiges:

Welche persönlichen Ziele möchten Sie im Rahmen der Therapie erreichen?
Was soll sich in ihrem Leben durch eine Therapie verbessern?

1) _____

2) _____

3) _____

8. Mobilität und Belastungserprobungen

Wie kommen Sie üblicherweise zu Terminen oder Behandlungen?

☐ zu Fuss ☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ eigenes Auto ☐ Fahrdienst / Begleitperson

☐ anderes:

Ist eine Wochenend-Rückkehr nach Hause während einer stationären Therapie grundsätzlich möglich?

☐ Ja ☐ eingeschränkt ☐ Nein

Falls eingeschränkt oder nein, weshalb?

9. Besondere Bedürfnisse

Gibt es besondere, beispielsweise körperliche, religiöse oder kulturelle Bedürfnisse, die wir im Rahmen des Indikationsgesprächs berücksichtigen sollten?



10. Ergänzende Mitteilungen

Gibt es etwas, das Sie uns bereits vor dem Indikationsgespräch mitteilen möchten?

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in diesem Selbstauskunftsbogen gemachten Angaben im Rahmen der Aufnahmeplanung gespeichert, bearbeitet und im internen Behandlungsteam weitergegeben werden. Ich bin darüber informiert, dass alle Angaben der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen unterliegen. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:
