



Bestehen bei Ihnen die folgenden Beschwerden/Problembereiche (Mehrfachnennungen möglich)?

Beschwerden/Problembereiche	Wie häufig?		
	Nie	manchmal	oft
Depressivität, Trauer, Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung, Müdigkeit, Ausgebranntsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übernervosität, Anspannung, Stress-Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste, Panikattacken, Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwanghaftes Grübeln/Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alpträume, plötzlich aufdrängende Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme: Durchfall, Übelkeit etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere körperliche Symptome: Schwindel, Herzstolpern etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägtes Über- bzw. Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essanfälle mit/ohne Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heftige Gefühlsschwankungen/Impulsivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgedanken, -impulse, -versuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Alkohol, Drogen, Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten in der Partnerschaft/Ehe/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. BISHERIGE BEHANDLUNGEN

Welche Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen? (Mehrfachnennungen möglich)

Wie gut haben diese Behandlungen geholfen?	Sehr gut	gut	wenig	gar nicht	eher geschadet
Bisher keine Behandlung für diese Beschwerden					
Physiotherapie					
Wärme-, Kälte-, Strombehandlung, Med. Bäder, Lichttherapie					
Physio/Ergo					
Kreativtherapie (Musik, Tanz, Malen etc.)					
Entspannung, Meditation					
Akupunktur/Akupressur					
Operationen					
andere:					
andere:					

Was war insgesamt gut?

Was hat gefehlt?



Haben Sie andere schwerwiegende Erkrankungen? (Karzinom, HIV, Transplantation, MS, Anfallsleiden)

Art der Erkrankung / des Unfalls

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament (Name)

3. NUR BEI MEHRTÄGIGEM AUFENTHALT

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Medikamente, Lebensmittel) Bei mehrtägigem Aufenthalt bitte Allergiepass mitbringen.

Nein Ja

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen vollständig beantwortet haben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!