

Anmeldebogen Trauma-Intensivambulanz

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Behandelnde*r Hausarzt*in: _____

Behandelnde*r Psychotherapeut*in: _____

Behandelnde*r Facharzt*in für Psychiatrie oder Psychosomatik: _____

Datum des Ausfüllens: _____

Die Absicht dieses Anmeldebogens besteht darin, eine erste Einschätzung vorzunehmen, ob eine Behandlung in der Trauma-Intensivambulanz möglich ist.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Anmeldebogen samt angehängten Fragebögen an: Inka Breßmann, Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Niemannsweg 147, 24105 Kiel. Alternativ können Sie die Unterlagen auch persönlich an der Anmeldung abgeben oder per Mail an Inka.Bressmann@uksh.de senden. Falls vorhanden, legen Sie bitte Berichte aus vorherigen Behandlungen bei.

Nach Eingang melden wir uns i.d.R. binnen zwei Wochen telefonisch bei Ihnen, um die Anmeldung zu bestätigen oder offene Fragen zu klären. Im nächsten Schritt laden wir Sie zu einem ausführlichen Vorgespräch ein, in dem geprüft wird, ob eine Behandlung in der Trauma-Intensivambulanz möglich und sinnvoll ist.

Wenn sie gesetzlich versichert sind, benötigen Sie für das Vorgespräch Ihre Krankenkassenkarte und eine aktuelle Überweisung. In allen anderen Fällen klären wir die Voraussetzungen telefonisch. Bei uns gilt für Patient*innen die Maskenpflicht.

Ihre Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und fallen unter die Schweigepflicht.

3. Sind Sie schon früher in psychotherapeutischer Behandlung gewesen oder waren Sie bereits in einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Klinik? (Wann, wie lange, wo, was?)

4. Welche Diagnosen wurden Ihnen schon gestellt bzw. sind Ihnen bekannt?

5. Nennen Sie bitte Ihre wichtigsten Therapieziele:

6. Welche zusätzlichen Informationen sind eventuell im Vorfeld noch wichtig?

Name: _____

Datum: ____ . ____ . ____

PCL-5

Nachfolgend sind Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte lesen Sie jedes Problem sorgfältig, denken Sie dabei an Ihr schlimmstes Ereignis, und markieren Sie dann eine der Zahlen auf der rechten Seite um anzugeben, wie stark Sie im letzten Monat durch dieses Problem belastet waren.

Schlimmstes Ereignis: _____

Im letzten Monat, wie sehr waren Sie belastet durch:		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
		0	1	2	3	4
1.	Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
2.	Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	0	1	2	3	4
3.	Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde (<i>als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden</i>)?	0	1	2	3	4
4.	Sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	0	1	2	3	4
5.	Starke körperliche Reaktionen, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat (<i>z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, Schwitzen</i>)?	0	1	2	3	4
6.	Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
7.	Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis (<i>z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen</i>)?	0	1	2	3	4
8.	Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	0	1	2	3	4
9.	Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt (<i>z.B. Gedanken wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich</i>)?	0	1	2	3	4
10.	Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	0	1	2	3	4
11.	Starke negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	0	1	2	3	4
12.	Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	1	2	3	4
13.	Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	0	1	2	3	4
14.	Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (<i>z.B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen</i>)?	0	1	2	3	4
15.	Reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	0	1	2	3	4
16.	Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	0	1	2	3	4
17.	In erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	0	1	2	3	4
18.	Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	0	1	2	3	4
19.	Konzentrationsschwierigkeiten?	0	1	2	3	4
20.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	0	1	2	3	4

Name: _____

Datum: ____ . ____ . ____

ITQ

Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

Belastende Lebenserfahrung: _____

Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.

		gar nicht	ein bisschen	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
P1.	Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	0	1	2	3	4
P2.	Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	0	1	2	3	4
P3.	Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	0	1	2	3	4
P4.	Vermeiden, dass etwas von außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	0	1	2	3	4
P5.	Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	0	1	2	3	4
P6.	Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	0	1	2	3	4

Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat

P7.	Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P8.	Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P9.	Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

Im Folgenden stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

C1.	Wenn ich aufgereggt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	0	1	2	3	4
C2.	Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	0	1	2	3	4
C3.	Ich fühle mich als Versager.	0	1	2	3	4
C4.	Ich fühle mich wertlos.	0	1	2	3	4
C5.	Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	0	1	2	3	4
C6.	Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben	0	1	2	3	4

Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:

C7.	Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	0	1	2	3	4
C8.	Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
C9.	Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4