

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):

.....

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!! →→**