

## Eingangsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor unserem Erstgespräch aus und bringen Sie ihn zum Erstgespräch mit. Er enthält Fragen zu Ihrer Lebenssituation und zu Ihren Problembereichen. Bitte machen Sie möglichst genaue und vollständige Angaben. Hierdurch helfen Sie mir einen raschen Überblick über Ihre Problematik und Lebenssituation zu bekommen. Ihre Angaben im Fragebogen unterliegen meiner Schweigepflicht. Der Fragebogen wird gemeinsam mit der Dokumentation Ihrer Therapiestunden verschlossen in meiner Praxis aufbewahrt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Teil I: Angaben zu Ihrer Person

1. Name, Vorname:

2. Geburtsdatum:

3. Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

4. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend  
☐ geschieden ☐ verwitwet

5. Wohnsituation: ☐ allein lebend ☐ bei den Eltern ☐ mit Partner zusammen  
☐ Wohngemeinschaft ☐ betreutes Wohnen  
☐ sonstiges:

6. Kinder: ☐ nein ☐ ja Anzahl:

7. Muttersprache:

8. Beruflicher Status: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Gelegenheitsarbeiten  
☐ Hausfrau/-mann ☐ Ausbildung/Studium  
☐ arbeitslos/ Hartz IV ☐ Altersrente/ Pension  
☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ selbständig  
☐ Arbeitsunfähigkeit seit: Grund:  
☐ anderes:

9. Ist ein Antrag auf Berentung gestellt? ☐ nein ☐ ja (Aus welchem Grund?)
10. Schulabschluss und erlernter Beruf:
11. Zur Zeit ausgeübter Beruf:
12. Wie viele Stunden arbeiten sie pro Woche im Durchschnitt?
13. Wie viel Zeit (Stunden pro Woche) können und möchten Sie für die Therapie (z. B. Übungen zwischen den Sitzungen, Lesen von Texten) aufwenden?
14. Wann können Sie auf keinen Fall Therapiestunden in Anspruch nehmen (Tag, Uhrzeit)?
15. Haben Sie einen Betreuer? ☐ nein (weiter mit Frage 19) ☐ ja
16. Für welche Bereiche besteht die Betreuung? (z. B. Finanzen)
17. Name des Betreuers: Telefon:
18. Seit wann besteht die Betreuung?
19. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis: ☐ nein ☐ ja (Wie viel Prozent?)
20. Wie kann ich Sie erreichen?
- Anschrift:
- Tel. privat: Tel. dienstl.: Tel. mobil:
- Email:

Ich möchte Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass Emails nicht den Ansprüchen des Datenschutzes und damit der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Trotzdem erleichtert mir die Nutzung von Email in vielen Fällen die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Wenn Sie einverstanden sind, dass ich auch per Email, z.B. zwecks Terminvereinbarungen, mit Ihnen Kontakt aufnehmen, füllen Sie bitte die Einverständniserklärung diesbezüglich aus – Sie finden diese im Therapievertrag. Wenn möglich bringen Sie den Therapievertrag ausgedruckt zum Erstgespräch mit. Sie finden den Therapievertrag unter den Downloads. Bitte geben Sie in diesem Fragebogen nur Ihre Email-Adresse an, wenn Sie mit der Kommunikation per Email einverstanden sind.

## Teil II: Angaben zu verschiedenen Problembereichen

1. Welches der nachfolgenden Probleme trifft am ehesten auf Sie zu? (Mehrfachankreuzungen möglich; jeder Bereich wird im Anschluss noch einmal genauer erfragt)

- ☐ Ängste
- ☐ Zwänge (z.B.: inneres Gefühl, hintereinander mehrfach die Tür abschließen, Hände lange oder sehr häufig waschen, extreme Ordnung halten zu müssen oder immer wiederkehrende, unangenehme Gedanken/ Vorstellungen zu haben)
- ☐ Depression
- ☐ Folgen traumatischer Erlebnisse (Trauma = außergewöhnlich belastendes Erlebnis, wie Überfall, Kriegserlebnis, schwerer Unfall, Vergewaltigung oder Beobachtung davon)
- ☐ Probleme mit dem Essverhalten
- ☐ Probleme im Umgang mit Mitmenschen
- ☐ Partnerschaftsprobleme
- ☐ Sexuelle Probleme
- ☐ Schmerzen oder andere körperliche Störungen
- ☐ Angst vor körperlichen Krankheiten
- ☐ Schlafprobleme
- ☐ Probleme mit Alkohol-, Drogen-, Medikamentengebrauch
- ☐ Andere Probleme

2. Welche Ereignisse haben dazu geführt, dass Sie gerade jetzt eine Psychotherapie beginnen möchten?

Im Folgenden finden Sie Fragen zu den verschiedenen unter Teil 2 aufgeführten Problembereichen. Beantworten Sie bitte die Fragen zu allen Problembereichen.

### Angst

Eine Panikattacke besteht aus plötzlich einsetzender intensiver Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei kommt es meist gleichzeitig zu sehr unangenehmen körperlichen Symptomen, wie z. B. Schwindel, Herzklopfen, Schwitzen oder Atemnot.

3. Haben Sie jemals eine solche Panikattacke erlebt?

☐ nein (weiter mit Frage 6) ☐ ja

Wenn ja, treten diese Panikattacken aktuell auf?

☐ nein ☐ ja

Wie oft treten diese Panikattacken ggf. auf?

4. Treten oder traten diese Panikattacken unvorhersehbar auf?

☐ nein ☐ ja

5. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, aus Furcht, dass dabei eine solche Panikattacke auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken, Kaffee, Alkohol, Gespräche, Vorträge usw.)?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

6. Haben Sie jemals Angst davor gehabt oder war es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, besteht diese Angst aktuell?

☐ nein ☐ ja

Wenn diese Angst aktuell besteht, in welchen Situationen kommt es dazu?

7. Welche Situationen vermeiden Sie, damit es nicht dazu kommt?

8. Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie Angst haben, wie z. B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, vor welchen Situationen oder Dingen haben Sie Angst?

9. Fühlen Sie sich dadurch in Ihrem Leben beeinträchtigt und wenn ja, warum?

☐ nein ☐ ja, weil:

10. Würden Sie sich als jemand bezeichnen, der durchgehend besorgt oder ängstlich ist?

☐ nein (weiter mit Frage 13) ☐ ja

11. Ist es schwer für Sie, die Sorgen zu kontrollieren, d. h. haben Sie Schwierigkeiten, aufzuhören, sich zu sorgen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, worüber machen Sie sich Sorgen?

12. Kommt es durch das Sorgen zu körperlichen Symptomen, wie beispielsweise Anspannung, Schwitzen und Schlafstörungen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

|       |
|-------|
| Zwang |
|-------|

13. Haben Sie schon einmal sich wiederholende Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen gehabt, die Sie als lästig oder unsinnig empfunden haben, z. B. die Vorstellung, sich zu beschmutzen oder zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun; oder ein dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passiert sein könnte?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, beschreiben Sie dies genauer:

Welche sind heute vorhanden?

14. Haben Sie jemals den Drang verspürt, irgendwelche Dinge immer wieder tun zu müssen, obwohl Sie dies selbst als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie z.B. mehrfach hintereinander die Hände zu waschen oder öfter hintereinander zu kontrollieren, ob Sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet haben, oder aber das Gefühl, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, beschreiben Sie diese Handlungen bitte:

Welche sind heute vorhanden?

|            |
|------------|
| Depression |
|------------|

15. Waren Sie jemals über einen längeren Zeitraum nahezu jeden Tag fast durchgängig niedergeschlagen, bedrückt oder traurig?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, von wann bis wann bestanden solche Zeiträume?

Wenn ja, besteht diese Symptomatik aktuell?

☐ nein ☐ ja, seit:

16. Hatten Sie jemals über einen längeren Zeitraum kein Interesse oder keine Freude mehr an Dingen oder Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, von wann bis wann bestanden solche Zeiträume?

Wenn ja, besteht diese Symptomatik aktuell?

☐ nein ☐ ja, seit:

17. Haben Sie sich jemals über einen längeren Zeitraum antriebs- und energielos gefühlt?

- ☐ nein      ☐ ja

Wenn ja, von wann bis wann bestanden solche Zeiträume?

Wenn ja, besteht diese Symptomatik aktuell?

- ☐ nein      ☐ ja, seit:

Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände aktuell bei Ihnen bestehen:

- ☐ Gefühl der Wertlosigkeit
- ☐ sich weniger zutrauen im Leben/ Alltag
- ☐ Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe
- ☐ Entscheidungsunfähigkeit
- ☐ Verlangsamung der Bewegungen/ des Sprechens
- ☐ Ruhelosigkeit/ ständig in Bewegung sein
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Gedächtnisstörungen (z.B: auffällig mehr vergessen als vor der schlechten Stimmung, Schreiben von Notizen auf einmal nötig)
- ☐ verminderter oder gesteigerter Appetit
- ☐ deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme
- ☐ Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Früherwachen, ungewöhnlich häufiges Erwachen pro Nacht, häufige Alpträume, ungewöhnlich wenig Schlaf oder vermehrter Schlaf)
- ☐ Müdigkeit
- ☐ wiederkehrende Gedanken an den Tod
- ☐ Lebensmüde Gedanken/Selbstmordgedanken
- ☐ Selbstmordversuch

#### Folgen traumatischer Erlebnisse

18. Sind Ihnen schon einmal extrem schreckliche Dinge zugestoßen, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (z.B. Katastrophe, schwerer Unfall, Überfall,

Vergewaltigung/Missbrauch, Folter, Opfer von Gewalt, Naturkatastrophen) oder haben Sie zusehen müssen, wie einer anderen Person etwas Derartiges passiert ist?

☐ nein (weiter mit Frage 20)      ☐ ja

Wenn ja, wann hatten Sie ein solches oder mehrere solche Erlebnisse?

Wenn möglich, benennen Sie bitte mit einem Stichwort das jeweilige Erlebnis (z.B. Autounfall, Vergewaltigung/sexueller Missbrauch, Überfall):

19. Durchleben Sie den Schrecken dieser Ereignisse in Alpträumen, Vorstellungen, Gefühlen oder Gedanken, die Sie nicht loswerden können immer wieder oder geraten Sie sehr durcheinander, wenn etwas Sie an diese Ereignisse erinnert?

☐ nein      ☐ ja, Wiedererleben in Form von:      ☐ Alpträumen      ☐ Bildern  
☐ gedanklich ablaufenden Filmen      ☐ Körperempfindungen      ☐ Fühlen, als wenn das Erlebnis wiederkehrt      ☐ Schreckhaftigkeit/durcheinander sein bei Erinnerung

#### Essverhalten

20. Körpergröße: \_\_\_\_\_cm      derzeitiges Körpergewicht: \_\_\_\_\_kg

21. Bitte geben Sie Ihr höchstes/ niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr an:

höchstes: \_\_\_\_\_kg im Alter von \_\_\_\_\_Jahren

niedrigstes: \_\_\_\_\_kg im Alter von \_\_\_\_\_Jahren

22. Von Essanfällen spricht man, wenn in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge gegessen wird und man sich dabei dem Drang zu essen ausgeliefert fühlt. Haben Sie jemals einen solchen Essanfall erlebt?

☐ nein (weiter mit Frage 24)      ☐ ja

Wenn ja, von wann bis wann hatten bzw. seit wann haben Sie Essanfälle?

Wenn ja, wie oft haben Sie aktuell Essanfälle?

23. Führen oder führen Sie nach einem Essanfall Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen?

☐ nein      ☐ ja

Wenn ja, welche Maßnahmen führen Sie aktuell durch?

24. Bemühen Sie sich, Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten?

- ☐ nein      ☐ ja, aktuell seit:      ☐ ja, früher

Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze derzeit? \_\_\_\_\_ kg

25. Erleben Sie Ihr Essverhalten als problematisch?

- ☐ nein      ☐ ja, bitte erläutern:

#### Probleme im Umgang mit Mitmenschen

26. Leiden Sie unter zwischenmenschlichen Problemen?

- ☐ nein      ☐ ja      ☐ ich habe kein Interesse an anderen Menschen

Kreuzen Sie bitte die passende Kategorie an:

- ☐ häufige Streitereien mit anderen
- ☐ Freundschaften brechen häufig auseinander
- ☐ Partnerschaften brechen häufig auseinander
- ☐ häufig Konflikte mit Arbeitskollegen oder Vorgesetzten
- ☐ andere Menschen sind häufig von mir genervt
- ☐ andere Menschen wollen mir oft böses
- ☐ kann mich schwer unterordnen
- ☐ möchte zu oft Recht haben
- ☐ andere würdigen meine Leistung nicht genug/ angemessen
- ☐ fühle mich häufig missverstanden
- ☐ ich nutze andere Menschen oft aus
- ☐ ich habe anderen Menschen schon ernsthaft Schaden zugefügt
- ☐ möchte häufig im Mittelpunkt stehen
- ☐ häufig nicht ernst genommen werden
- ☐ häufig ausgenutzt werden
- ☐ kann mich schlecht durchsetzen / „Nein“ sagen
- ☐ ordne meine Bedürfnisse unter die der Anderen
- ☐ traue mich nur mit anderen in Kontakt zu treten, wenn ich sicher bin, dass die mich mögen
- ☐ andere Schwierigkeiten:

## Partnerschaft

27. Hatten Sie schon mal eine Partnerschaft?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wie viele?

Wann?

Wie lange hielten sie jeweils?

Wenn zurzeit keine Partnerschaft, dann weiter mit Frage 31.

28. Wie lange besteht Ihre Partnerschaft?

29. Wie unglücklich bzw. glücklich würden Sie Ihre Ehe / Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

☐ unglücklich ☐ eher unglücklich ☐ eher glücklich ☐ glücklich

30. In welchen Bereichen gibt es Probleme?

### Sexuelle Probleme

31. Leiden Sie unter sexuellen Problemen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte ankreuzen:

☐ fehlende oder zu geringe Erregung ☐ Erektionsprobleme ☐ Schmerzen beim

Geschlechtsverkehr ☐ frühzeitiger Samenerguss ☐ Orgasmusstörungen

☐ Schuldgefühle ☐ besondere Vorlieben

☐ Sonstiges:

## Schmerzen oder andere körperliche Störungen

32. Gab es Zeiten, in denen Sie über mindestens sechs Monate hinweg immer wieder Schmerzen hatten?

☐ nein ☐ ja

33. Empfinden Sie häufig so starke Schmerzen, dass es Ihnen schwer fällt, sich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren?

- ☐ nein      ☐ ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

34. Wenn ja, wo empfinden Sie Schmerzen? (Kreuzen Sie bitte an, welches/welche der folgenden Körperteile bei Ihnen betroffen ist/sind.)

- |                                                    |                                                |                                                  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mund / Gesicht / Kopf     | <input type="checkbox"/> Hals- / Nackenbereich | <input type="checkbox"/> Schulter / Arme / Hände |
| <input type="checkbox"/> Brustkorb / oberer Rücken | <input type="checkbox"/> Bauchbereich          | <input type="checkbox"/> unterer Rücken / Gesäß  |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgan / After  | <input type="checkbox"/> Beckenbereich         |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Hüfte / Beine / Füße      | <input type="checkbox"/> sonstiges:            |                                                  |

35. Leiden Sie unter anderen körperlichen Beschwerden?

- ☐ nein      ☐ ja, und zwar:

Sind medizinische Ursachen für Ihre Schmerzen oder andere körperliche Beschwerden bekannt?

- ☐ nein      ☐ ja

36. Werden Sie medizinisch bezüglich Ihrer körperlichen Probleme behandelt?

- ☐ nein      ☐ ja, bei folgendem Facharzt:

#### Angst vor körperlichen Krankheiten

37. Haben Sie Angst ernsthaft körperlich erkrankt zu sein?

- ☐ nein      ☐ ja, Angst von folgenden Erkrankungen betroffen zu sein:

Wenn ja, haben Sie sich medizinisch untersuchen lassen und wurde eine Diagnose festgestellt?

38. Wenn keine medizinische Ursache gefunden wurde, glauben Sie dem Befund?

- ☐ nein      ☐ ja

Wenn nein, wie viele weitere Ärzte haben Sie diesbezüglich aufgesucht?

Probleme durch Alkohol-, Drogen-, Medikamentengebrauch

39. Wie oft trinken Sie normalerweise Alkohol?

40. Wie viel Alkohol und welche Sorten trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken (z.B. 0,75 Liter Sekt, 0,5 Liter Whisky)?

41. Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wie viel Alkohol haben Sie damals getrunken?

Wann war das?

Haben Sie durch das Alkohol trinken Probleme im Alltag bekommen oder sich in Gefahr begeben?

☐ nein ☐ ja, und zwar:

42. Kennen Sie das Gefühl, einen Drang zum Alkohol trinken zu spüren?

☐ nein ☐ ja

43. Haben Sie jemals irgendwelche Drogen genommen?

☐ nein ☐ ja, und zwar:

Wenn ja, haben Sie auch während des letzten Monats irgendwelche Drogen genommen?

☐ nein ☐ ja, und zwar:

44. Waren Sie jemals abhängig von Medikamenten oder haben Sie mehr davon genommen als Ihnen verschrieben wurde?

☐ nein ☐ ja, und zwar:

Wenn ja, haben Sie auch während des letzten Monats in dieser Weise Medikamente genommen?

☐ nein ☐ ja

Andere Probleme und sonstige Angaben

45. Haben Sie irgendwann einmal Dinge gehört (z. B. Geräusche oder Stimmen) oder gesehen, die andere Menschen nicht wahrnehmen konnten?

☐ nein ☐ ja

Bitte geben Sie an, wann diese Erlebnisse waren und wie sich diese genau geäußert haben:

46. Hatten Sie jemals eine Phase, in der Sie sich so gut fühlten, dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung oder Sie deswegen in Schwierigkeiten gerieten oder Sie wegen Ihres Hochgefühls kaum noch schlafen konnten und Gedanken durch Ihren Kopf jagten?

☐ nein ☐ ja

Bitte geben Sie an, wann diese Erlebnisse waren und wie sich diese genau bemerkbar gemacht haben:

47. Haben Sie sich jemals an Orten wiedergefunden, ohne dass Sie sich erklären konnten, wie Sie dahin gekommen sind oder sind sie plötzlich bei Handlungen „zu sich gekommen“, die sie „automatisch“ gemacht haben oder bei denen Ihnen Erinnerungen fehlen?

☐ nein ☐ ja

48. Haben Sie „Blackouts“, so dass Sie Dinge von sich finden und sie sich nicht erinnern können, diese an den Ort gelegt zu haben oder Schriftstücke von sich finden und sich nicht erinnern können, diese geschrieben zu haben?

☐ nein ☐ ja

49. Erscheinen Ihnen manchmal Situationen unwirklich oder haben Sie das Gefühl außerhalb Ihres Körpers zu sein?

☐ nein ☐ ja

50. Haben Sie ein Problem damit, dass Sie ein Verhalten übermäßig („suchthaft“) zeigen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffenden Verhaltensweisen an und erläutern Sie diese kurz:

- ☐ übermäßiges Geldausgeben ☐ übermäßiger Internetgebrauch (chatten, surfen usw.)  
☐ übermäßiges Computerspielen ☐ übermäßiges Glücksspiel ☐ übermäßiges Fernsehen  
☐ übermäßige sexuelle Aktivität ☐ zwanghaftes klauen ☐ sonstiges suchthaftes Verhalten:

51. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen, oder hatten Sie jemals die feste Absicht dazu?

☐ nein (weiter mit Frage 53) ☐ ja, bislang einmal ☐ ja, mehrfach, wie oft?

Wenn ja, bitte geben Sie an, wann das (jeweils) war und welche Gründe Sie dazu bewogen haben:

52. Wie wollten bzw. haben Sie den Suizidversuch durchgeführt (z.B. Medikamente, Messer etc.)?

53. Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt?

☐ nein (weiter mit Frage 55) ☐ ja

Wenn ja, auf welche Weise (z. B. Schneiden, Kratzen)?

54. Bitte geben Sie an, wann das war und welche Gründe Sie dazu bewogen haben:

55. Waren Sie bereits in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?

☐ nein (weiter mit Frage 59) ☐ ja, bislang einmal ☐ ja, mehrfach, wie oft?

56. Von wann bis wann waren Sie (jeweils) in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ ☐ regulär beendet ☐ vorzeitig abgebrochen

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ ☐ regulär beendet ☐ vorzeitig abgebrochen

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ ☐ regulär beendet ☐ vorzeitig abgebrochen

57. Mit welchem Therapieverfahren wurden Sie behandelt?

☐ Verhaltenstherapie ☐ Psychoanalyse/Tiefenpsychologische Therapie ☐ andere:

58. Was waren (jeweils) die Anlässe der damaligen Behandlung (en)?

59. Waren Sie bereits wegen Ihrer Probleme in einer ambulanten medizinischen oder sonstigen Behandlung (auch Suchtbehandlungen)?

☐ nein ☐ ja, und zwar:

60. Waren Sie bereits in einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (auch Suchtbehandlungen, Rehabehandlung, Psychosomatik)?

☐ nein (weiter mit Frage 63) ☐ ja, bislang einmal ☐ ja, mehrfach, wie oft?

61. Von wann bis wann waren Sie (jeweils) in stationärer Behandlung?

Klinik: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

62. Was waren die Anlässe der damaligen Behandlung(en)?

63. Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?

64. Geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen Ihrer derzeitigen behandelnden Ärzte und ggf. anderer Behandler an:

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Telefon:

Telefon:

seit wann in Behandlung:

seit wann in Behandlung:

65. Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen.

|                    |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|
| Medikament (Name): |  |  |  |
| Dosierung pro Tag: |  |  |  |
| von wann bis wann: |  |  |  |
| Beschwerden:       |  |  |  |

66. Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

67. Beschreiben Sie zum Abschluss bitte noch einmal in eigenen Worten Ihre Probleme, derentwegen Sie eine Behandlung wünschen:

68. In welchen Lebensbereichen schränken Sie diese Probleme ein (z. B. Beruf, Partnerschaft)?

69. In welchen Lebensbereichen sind Sie zufrieden?

70. Was sind Ihre Stärken oder was würde jemand anderes als Ihre Stärken bezeichnen?

71. Wer oder was hat Ihnen früher bereits geholfen schwierige Lebensphasen zu überwinden?

72. Was sind Ihre Freizeitaktivitäten oder was waren früher Ihre Freizeitaktivitäten?

73. Was möchten Sie in der Therapie für sich erreichen?

74. Wie sind Ihre bisherigen Therapieerfahrungen? Gibt es Befürchtungen bezüglich der Therapie?

Vielen Dank für Ihre Mühe!