

Eingangsfragebogen

Für Ihre Behandlung ist es wichtig, umfassende Kenntnisse über Ihren bisherigen Lebensweg und Ihre gegenwärtige Lebenssituation zu haben. Die folgenden Fragen helfen bei der sicheren Diagnosestellung und der daraus folgenden Therapie.

Datum: _____

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hausnummer, Straße: _____

Postleitzahl, Stadt: _____

Telefonnummer privat: _____

Telefonnummer mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

Zeitliche Verfügbarkeit:

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|-------|--------|----------|----------|------------|---------|
| 08.00 | | | | | |
| 09.00 | | | | | |
| 10.00 | | | | | |
| 11.00 | | | | | |

| |
|-------|
| 14.00 |
| 15.00 |
| 16.00 |
| 17.00 |
| 18:00 |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte beschreiben Sie Ihr Problem stichpunktartig in eigenen Worten:

Wie lange besteht das Problem bereits, wie häufig tritt es auf?

Welche Folgen hat dies für Sie?

Was haben Sie bisher versucht, um es zu lösen?

Welche Therapieerfahrung haben Sie bisher?

Nehmen Sie Medikamente?

ja nein

Falls ja, welche (Name, Dosis, seit wann)?

Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben Medikamente in größeren Mengen oder häufiger/ in höherer Dosis genommen als Sie eigentlich sollten? ja nein

Hatten Sie schon mal

Suizidgedanken? ja nein

Suizidpläne? ja nein

Suizidversuche? ja nein

Gibt es aktuell

Suizidgedanken? ja nein

Suizidpläne? ja nein

Suizidversuche? ja nein

Leiden Sie zurzeit unter

Einer depressiven Stimmung? ja nein

Schlafstörungen? ja nein

Antriebslosigkeit? ja nein

Freude- oder Interessenlosigkeit? ja nein

Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich so übermäßig gut fühlten, dass andere dachten, es sei etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten? ja nein

Gibt es bestimmte Ängste (z.B. plötzlicher Angstanfall, Angst vor Höhe, vor Tieren, in Menschenmengen oder Gruppen)? ja nein

Falls ja, welche?

Sind Sie in den letzten Monaten sehr unruhig und nervös gewesen? ja nein

Ist Ihnen schon einmal etwas extrem Schreckliches zugestoßen, wie sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (z.B. Folter, schwerer Unfall, Überfall, Katastrophe, Opfer von Gewalt) oder haben Sie zusehen müssen, wie eine andere Person schwer verletzt oder getötet wurde oder ist etwas derartiges einer Ihnen nahestehenden Person passiert?

ja nein

Falls ja, durchleben Sie diese Dinge immer wieder in Träumen, Vorstellungen und Gedanken, die Sie nicht loswerden können oder geraten Sie durcheinander, wenn Sie etwas an dieses Ereignis erinnert? ja nein

Zeigen Sie impulsives Verhalten (z.B. rücksichtslosen Fahren, selbstverletzende Handlungen)? ja nein

Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die Ihnen unsinnig oder lästig erschienen und immer wieder kamen, obwohl Sie es gar nicht wollten? ja nein

Falls ja, beschreiben Sie kurz Ihre Gedanken

Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie Dinge immer wieder tun mussten, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben? ja nein

Falls ja, beschreiben Sie es hier kurz

Gibt es häufig Episoden von innerer Anspannung? ja nein

Ihre Größe: _____ Gewicht: _____

Hatten Sie schon mal einen Essanfall, bei dem Sie das Gefühl hatten die Kontrolle zu verlieren? ja nein

Versuchen Sie aktuell Gewicht zu verlieren? ja nein

Falls ja, aus welchem Grund?

Rauchen Sie? ja nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

An wie viel Tagen in der Woche trinken Sie Alkohol? _____

Wie viel Alkohol und welche Sorte trinken Sie dabei?

Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie Ihrer Meinung nach trinken sollten? ja nein

Haben Sie jemals Drogen genommen? ja nein

Falls ja, welche, in welcher Menge, in welchem Zeitraum?

Leiden Sie unter körperlichen Krankheiten (welche, seit wann)?

Gab es Operationen? Wann?

Haben Sie aktuell Schmerzen? ja nein

Falls ja, wo, wie häufig, gibt es eine körperliche Ursache?

Leiden Sie unter Problemen im sexuellen Bereich? ja nein

Falls ja, unter welchen?

Wie ist Ihre berufliche Situation?

Familienstand:

Haben Sie Kinder?

ja, Anzahl: ___ nein

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen? ja nein

Falls ja, welche, bei wem?

Was wünschen Sie sich von der Therapie?

Was könnte noch wichtig sein für die Therapie, was nicht gefragt wurde?
