

# PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich aus und geben ihn Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten zurück. Ihre Angaben helfen ihr beziehungsweise ihm bei der Erstellung eines Berichtes, bei Langzeittherapien auch an den Gutachter, der entscheidet, ob er der Krankenkasse die Kostenübernahme Ihrer Therapie empfiehlt. Die Beantwortung ist freiwillig, einzelne Fragen können auch im Behandlungsgespräch beantwortet werden.

Sie können den Fragebogen ab Seite 3 handschriftlich auf DIN A4 Papier oder am Computer in einem Textverarbeitungsdokument beantworten. Bitte beziffern Sie in beiden Fällen Ihre Antworten entsprechend den Fragen. Was Sie nicht wissen oder beantworten wollen, lassen Sie bitte frei.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

## Ihre Daten:

Name: .....

Straße und Nr.: .....

PLZ und Ort: .....

Auf welchem Weg können wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Telefon: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

Kontaktperson: .....

Telefon: .....

Datum: .....

## 1 Motivation

### 1.1 Hauptgrund

Was ist der wesentliche Grund zur Aufnahme einer Psychotherapie?

### 1.2 Anlass

Hat Sie jemand ermutigt oder sogar bedrängt, eine Psychotherapie zu beginnen? Wenn ja, wer?

## 2 Beschwerden

### 2.1 Worunter leiden Sie gegenwärtig im Wesentlichen?

## PATIENTENFRAGEBOGEN

2.2 Welche der folgenden Symptome treffen für Sie zu (bitte ankreuzen):

- Andauernder, quälender Schmerz
- Anfälle von Brustschmerz
- Anfälle von Erstickungsgefühl
- Angst – allgemein, unbestimmt (nicht objektbezogen)
  - Angstattacken, grundlos, wiederholt
  - Ständige Ängstlichkeit, ohne sagen zu können, wovor
  - Häufige Angst- bzw. Alpträume
  - Vernichtungsangst
  - Erwartungsangst
  - Angst, das Haus zu verlassen
  - Flugangst
  - Prüfungs- und Versagensangst
  - Verlustangst
  - Angst vor Verlassenheit
  - Angst vor der Zukunft
  - Existenzangst
  - Angst vor Kritik oder Blamage
  - Angst, zu sterben
  - Angst, dick zu werden
  - Angst, die Kontrolle zu verlieren
  - Angst, wahnsinnig zu werden
  - Schreckhaftigkeit
- Befürchtungen – bestimmte konkrete Vorstellungen oder Situationen (objektbezogen)
  - Furcht vor bestimmten Tieren
  - Furcht vor Menschenmengen
  - Furcht, Geschäfte zu betreten
  - Furcht, krank zu werden oder zu sein
  - Furcht, öffentlich zu reisen
  - Vermeidung ganz bestimmter Situationen
- Beschwerden, körperliche
  - Konkrete
  - Wechselnde
  - Diffuse, in verschiedenen Körperregionen
  - Wiederkehrende
  - Plötzliches beängstigendes Herzklopfen
  - Schwitzen oder Zittern
  - Erröten oder Hände zittern in der Öffentlichkeit
  - Krampfanfälle (keine Epilepsie)
- Schlafstörungen
  - Einschlafstörungen
  - Zu frühes Erwachen
  - Schnarchen und Atemstillstand (Apnoe)
- Störungen der Befindlichkeit
  - Teilnahmslosigkeit
  - Antriebsarmut
  - Mattigkeit
  - Morgentief
  - Müdigkeit nach kleinster Anstrengung
  - Getriebenheit

## PATIENTENFRAGEBOGEN

- Störungen der Stimmung
  - Gedrückt
  - Übertrieben gut
  - Stimmungsschwankungen
- Störungen des Denkens
  - Flüchtiges oder zerfahrenes Denken
  - Vermindertes Konzentrationsvermögen
  - Wortfindungsstörungen
  - Gedankenabreißen
  - Zeitweiliger Verlust der Erinnerung
  - Denkhemmung, Denkverlangsamung
  - Gedankenarmut
  - Drängende oder quälende Gedanken
  - Zwangsgedanken, Grübeln, Wahngedanken
- Empfindungsstörungen
  - Gefühl von Betäubtsein, Benommenheit
  - Stumpsinn
- Gefühlsstörungen
  - Schuld- und Versagensgefühle
  - Mangel an Freude und Interesse
  - Gefühl von Gehemmtheit
  - Innere Unruhe, Unfähigkeit zu entspannen
- Wahrnehmungsstörungen
  - Verminderte Körperwahrnehmung
  - Störung der Selbstwahrnehmung
  - Verminderte Wahrnehmung der Umgebung
  - Sehstörungen
  - Trugbilder
  - Hörstörungen (Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit, Tinnitus usw.)
  - Stimmenhören
- Essstörungen
  - Appetit vermindert
  - Fressanfälle
  - Selbst herbeigeführtes Erbrechen
  - Gewichtsverlust
  - Starke Gewichtsschwankungen
- Störungen des Handelns
  - Zwangshandlungen (Waschen, Mustergehen, Gasherd kontrollieren usw.)
  - Quälende, schwer zu beherrschende Impulse
  - Unkontrollierbare Bewegungen
- Sexuelle Störungen
  - Überstarkes Verlangen
  - Lustlosigkeit
  - Aversion gegen Sex
  - Erektionsstörungen
  - Versagensangst
  - Vorzeitiger Samenerguss
  - Probleme beim Samenerguss
  - Verkrampfung beim Verkehr
  - Schmerzen beim Verkehr
  - Widerstand gegen Hingabe
  - Traurigkeit danach
  - Orgasmusstörung

# PATIENTENFRAGEBOGEN

- Störungen der Selbstbeziehung
  - Selbstfremdheit – nicht wissen, wer man ist
  - Geringes Selbstvertrauen
  - Geringer Selbstwert vermindert
  - Selbstverletzung
  - Suizidgedanken
- .....

**BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN AUF EINEM GESONDERTEN BLATT UND BENUTZEN SIE DAFÜR DIE VORGEGEBENE NUMMERIERUNG**

2.3 Wann etwa traten die Symptome erstmalig auf und wann wurden sie schlimmer?

2.4 Welche Probleme/Lebensereignisse waren Ihrer Meinung nach die Auslöser dafür?

## 3 Ziele

3.1 Was würden Sie gerne in der Psychotherapie erreichen?

3.2 Welchen Einfluss hätte das Erreichte auf Ihr Leben?

## 4 Biografie

4.1 Schwangerschaft und Geburt

4.1.1 Besondere Ereignisse in der Schwangerschaft

4.1.2 Besondere Ereignisse/Komplikationen bei der Geburt

4.2 Entwicklung

4.2.1 Haben Sie in der frühen Zeit Isolation oder Verlassenheit erlebt (Alleingelassen, Krankenhaus usw.)?

4.2.2 Wann haben Sie sprechen und laufen gelernt?

4.2.3 Haben Sie als Kind eingenässt, Daumen gelutscht, Fingernägel gebissen oder Ähnliches?

4.2.4 Hatten Sie Alpträume?

4.3 Erziehung

4.3.1 Wie war Ihre Erziehung (z. B. hart, weich oder eine Kombination von beiden)?