

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)?

PATIENTENFRAGEBOGEN

4.3.2 Durch wen wurden Sie erzogen?

4.3.3 Wann gab es Veränderungen bei Ihren Bezugspersonen und welche (Scheidung, Tod, Wiederverheiratung)?

4.3.4 Sind Familienangehörige gestorben, wann und woran?

4.3.5 Fühlten Sie sich in der Kindheit von Ihren Betreuungspersonen anerkannt, wertgeschätzt, geliebt?

4.4 Die Beziehung zu Ihrer Mutter

4.4.1 Alter der Mutter bei Ihrer Geburt:

4.4.2 Erlerner Beruf der Mutter:

4.4.3 Ausgeübter Beruf der Mutter bei Ihrer Geburt:

4.4.4 Wie war Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter während Ihrer Kindheit und Jugend? (Bitte schreiben Sie ein paar Sätze mit konkreten Beispielen. Wie hat sie Sie unterstützt, motiviert, bestraft usw.?)

4.5 Die Beziehung zu Ihrem Vater

4.5.1 Alter des Vaters bei Ihrer Geburt:

4.5.2 Erlerner Beruf des Vaters:

4.5.3 Ausgeübter Beruf des Vaters bei Ihrer Geburt:

4.5.4 Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem Vater während Ihrer Kindheit und Jugend? (Bitte schreiben Sie ein paar Sätze mit konkreten Beispielen. Wie hat er Sie unterstützt, motiviert, bestraft usw.?)

4.6 Geschwister, Familie, Spielkameraden und Freunde

4.6.1 Wie viele Geschwister haben Sie?

4.6.2 Wie alt sind diese?

PATIENTENFRAGEBOGEN

4.6.3 Wie war Ihre Beziehung zu ihnen?

4.6.4 Wie war das Verhältnis der Geschwister zueinander und wie ist es heute?

4.6.5 Wie können Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie während Ihrer Kindheit und Jugend beschreiben?

4.6.6 Wie war die Beziehung der Eltern zueinander?

4.6.7 Wie war Ihre Beziehung zu Spielkameraden?

4.6.8 Hatten Sie Freunde?

4.7 Sexuelle Entwicklung

4.7.1 Wie und durch wen wurden Sie sexuell aufgeklärt?

4.7.2 Wie erlebten Sie Ihre Pubertät?

4.7.3 Mit wem konnten Sie über Probleme sprechen?

4.7.4 Wie ging es Ihnen mit Personen vom Sie anziehenden Geschlecht in Ihrer Kindheit und Jugend?

4.7.5 Gab es als übergriffig erlebte Situationen in Ihrer Kindheit?

4.8 Eigener Familienstand heute nach vorne

4.8.1 Wie alt sind Sie gegenwärtig?

4.8.2 Wie ist Ihr Familienstand?

4.8.3 Wenn Sie einen Lebenspartner oder Ehepartner haben: Wie alt ist der Partner?

4.8.4 Wie lange sind Sie schon in Beziehung mit dem Partner?

PATIENTENFRAGEBOGEN

4.8.5 Wie lange sind Sie gegebenenfalls schon verheiratet/in einer eheähnlichen Verbindung?

4.8.6 Welchen Beruf übt Ihr Partner aus?

4.8.7 Haben Sie Kinder? Bitte nennen Sie das Geschlecht und das Alter der Kinder.

4.8.8 Haben Sie Schwierigkeiten in Ihrer Beziehung und wenn ja, welche?

4.8.9 Denken Sie an Trennung?

4.9 Berufslaufbahn

4.9.1 Beschreiben Sie bitte Ihre Schul- und Berufslaufbahn bis zur Gegenwart und bitte geben Sie Berufswechsel an.

4.9.2 Was wollten Sie als Kind werden?

4.9.3 Wie haben Sie die Schule, Klassenkameraden und Freunde erlebt?

4.9.4 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Beruf und in Ihrer beruflichen Tätigkeit?

4.9.5 Würden Sie gerne etwas anderes machen oder lernen?

4.10 Erkrankungen in der Familie

4.10.1 Welche Erkrankungen Ihrer nächsten Verwandten sind Ihnen bekannt, seelische und körperliche?

4.10.2 Gab es vererbte Erkrankungen?

5 Eigene Erkrankungen

5.1 Welche Kinderkrankheiten hatten Sie in welchem Alter?

5.2 Welche anderen Krankheiten und Unfälle haben Sie durchgemacht?

PATIENTENFRAGEBOGEN

- 5.3 Welche Krankenhausaufenthalte hatten Sie?
- 5.4 Waren Sie in den letzten 18 Monaten arbeitsunfähig?
- 5.5 Wurden Kuren oder Heilverfahren durchgeführt? Warum, wo und mit welchem Ergebnis?
- 5.6 Welche Medikamente nehmen Sie ein?
- 5.7 Haben Sie Erfahrungen mit Suchtmitteln (Alkohol, Nikotin, Drogen)?
- 5.8 Haben Sie schon einmal Psychotherapie gemacht, wann und bei wem, und was hat Sie Ihnen gebracht?

6 Einstellung zum Leben

6.1 Weltanschauung

6.1.1 Haben Sie eine Religion oder Weltanschauung? Wenn ja, welche? Beschreiben Sie sie in kurzen Worten.

6.1.2 Gibt es Ihrer Meinung nach ein Leben nach dem Tod?

6.1.3 Meditieren Sie oder haben Sie sonst eine spirituelle Praxis?

6.2 Gegenwart

Wer oder was hält, unterstützt und fördert Sie in Ihrem Leben generell, abgesehen von der gegenwärtigen Krise?

6.3 Zukunft

6.3.1 Schauen Sie optimistisch, gelassen, gleichgültig oder pessimistisch in die Zukunft?

6.3.2 Welche Träume haben Sie für die Zukunft?

6.3.3 Was ist Ihr sehnlichster Wunsch, selbst wenn er Ihnen unerfüllbar erscheint?