

Fragebogen vor dem Erstgespräch

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Versicherung	
Hausarzt / Hausärztin Mit Anschrift	
Facharzt / Fachärztin (falls vorhanden) Mit Anschrift	
Körpergröße und Gewicht	
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Berufliche Situation

Sind Sie aktuell arbeitsfähig?

- ☐ Ja, vollzeit / teilzeit beschäftigt
- ☐ Arbeitsunfähig seit:
- ☐ Arbeitslos
- ☐ Rentenbezug
- ☐ SchülerIn / StudentIn
- ☐ Ohne Beschäftigung

Planen Sie eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen?

☐ ja

☐ nein

Aktueller Beruf	
Erlerner Beruf	
Schulabschluss	
Arbeitspensum	Stunden / Tag Stunden / Woche Stunden / Wochenende

Ihr Symptom

Bitte beschreiben Sie stichpunktartig Ihre Beschwerden / Problembereiche:

In welchen Lebensbereichen schränkt Sie Ihr Symptom ein (Privatleben, Arbeit, zwischenmenschliche Kontakte....) und wie?

Wie dringend ist es für Sie jetzt, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

0 ----- 20 ----- 40 ----- 50 ----- 60 ----- 80 ----- 100

unnötig mittel dringen

Wie lange bestehen diese Beschwerden bereits? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und Veränderungen in Ihrem Leben / besonderen Ereignissen?

Gab es im Verlauf Veränderungen?

Was haben Sie bisher versucht, um mit dem Problem umzugehen? Was haben Sie als hilfreich / als weniger hilfreich erlebt?

An wen haben Sie sich bisher bezüglich ihrer Probleme gewandt?

☐ ÄrztInnen ☐ TherapeutInnen ☐ Beratungsstellen ☐ Vertraute ☐ Sonstiges _____

Hatten Sie bereits eine Psychotherapie/Psychotherapien und/oder eine stationäre Behandlung/stationäre Behandlungen aufgrund einer psychischen Erkrankung? Falls ja, bitte ankreuzen

- ☐ Stationärer Krankenhausaufenthalt ☐ ambulante Psychotherapie
☐ Tagesklinik ☐ Stationäre Rehabilitation
☐ ambulante Rehabilitation

Bitte ergänzen Sie ggf. folgende Tabelle

Wann? Wie lange?		Kostenträger, falls bekannt	☐ Krankenkasse ☐ DRV – Deutsche Rentenversicherung ☐ Selbstzahlung ☐ andere:
Kennen Sie die gestellte Diagnose?		Bericht vorhanden?	☐ ja ☐ nein Falls ja: bitte mitbringen
Name TherapeutIn? Name Klinik?		Therapiemethode, falls bekannt	☐ Verhaltenstherapie ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Therapie ☐ Psychoanalyse ☐ Systemische Therapie ☐ andere:

Haben Sie Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, Selbstmordpläne oder Impulse, diese Pläne umzusetzen? ☐ ja ☐ nein

Gab es diese in der Vergangenheit? ☐ ja ☐ nein

Gab es einen Selbstmordversuch in Ihrer Vorgeschichte? ☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wann war das?

Welche Veränderungen / Ziele möchten Sie in der Therapie erreichen?

Körperliche Erkrankungen / psychosomatische Beschwerden

Gibt es körperliche Erkrankungen? Falls ja, welche? (Allergien bitte mit angeben)

Nehmen Sie aktuell eine Medikation ein? Falls ja, welche, wie lange, durch wen verordnet, gibt es Nebenwirkungen?

Fühlen Sie sich zurzeit körperlich gesund? ☐ Ja ☐ Nein

Essverhalten ☐ zu viel ☐ zu wenig ☐ gerade die richtige Menge?

Ernähren Sie sich gesund? ☐ ja ☐ nein

Halten Sie Ihr Körpergewicht für ☐ zu hoch ☐ zu niedrig ☐ gerade richtig

Wann gehen Sie gewöhnlich zu Bett? _____ Uhr

Wann stehen Sie wieder auf? _____ Uhr

Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt? _____ Stunden. Ist das genug für Sie? ☐ ja ☐ nein

Bestehen Schlafprobleme? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja: Welche

Suchtmittelanamnese

Falls zutreffend, bitte angeben:

Substanz	Tägliche / wöchentliche Menge	Missbrauch / Abhängigkeit in Der Vorgeschichte? Wenn ja, wann, wie lange, welche Menge?
Koffein		
Nikotin		
Alkohol		
Cannabis		
Sonstige Drogen		
nicht ärztlich verordnete Medikamente		

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und geben ggf. den Umfang an:

Besteht bei Ihnen ein auffälliges Kaufverhalten? ☐ ja ☐ nein

Nutzen Sie Automatenglücksspiel / Onlinecasinos? ☐ ja ☐ nein

Besteht bei Ihnen eine auffällige Internet Nutzung? ☐ ja ☐ nein

Besteht bei Ihnen ein Problem mit Computerspielen? ☐ ja ☐ nein

Betreiben Sie übermäßig Sport? ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Lebenssituation:

Wie wohnen Sie?

☐ Mietwohnung/ Appartement

☐ Eigentumswohnung

☐ Eigenes Haus

☐ Haus zur Miete

☐ Alleine

☐ Wohngemeinschaft

☐ Herkunftsfamilie

☐ Eigene Familie

☐ Betreute Einrichtung

Besteht eine Partnerschaft/ Ehe?

☐ zurzeit in keiner festen Partnerschaft

☐ feste Partnerschaft seit:

☐ verheiratet

☐ gemeinsamer Haushalt

☐ getrennt lebend

☐ laufende Scheidung

☐ familienrechtliche Streitigkeiten

☐ sorgerechtliche/umgangsrechtliche Streitigkeiten

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer partnerschaftlichen Situation?

0 ----- 20 ----- 40 ----- 50 ----- 60 ----- 80 ----- 100

wenig zufrieden

mittel

sehr zufrieden

Falls zutreffend:

Alter Ihres Partners / Ihrer Partnerin: _____ Jahre

sein / ihr Beruf:

Haben Sie Kinder?

☐ Eigene Kinder

☐ Stiefkinder

☐ Adoptivkinder

☐ Ich habe keine Kinder

Name	Alter	Schule / Beruf	Beziehung zum Kind

Gibt es Probleme mit dem Jugendamt?

☐ ja

☐ nein

Falls ja: Welche

Hat eines Ihrer Kinder spezielle Probleme? Falls ja, welche?

Hatten Sie

☐ einen Schwangerschaftsabbruch ☐ eine Frühgeburt ☐ eine Fehlgeburt im Jahr _____

Wie empfinden Sie Ihre aktuelle berufliche Situation

☐ überlastend ☐ unterfordernd ☐ angemessen ☐ herausfordernd

Entspricht Ihre berufliche Tätigkeit Ihren Neigungen? ☐ ja ☐ nein ☐ teils/teils

Entspricht Ihre berufliche Tätigkeit Ihren Fähigkeiten? ☐ ja ☐ nein ☐ teils/teils

Wie ist die Beziehung zu KollegInnen/Vorgesetzten? ☐ gut ☐ schlecht ☐ teils/teils

Wie sehen Sie Ihre berufliche Perspektive? ☐ optimistisch ☐ pessimistisch ☐ teil/teils

Möchten Sie die berufliche Situation verändern? ☐ ja ☐ nein

Gibt es finanzielle Probleme? Wie sehen Sie Ihre wirtschaftliche Gesamtsituation?

☐ gut ☐ mittelmäßig ☐ schlecht ☐ miserabel

Besteht eine Verschuldung? Falls ja, in welcher Höhe?

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit? Welche Hobbys haben Sie und wie häufig beschäftigen Sie sich damit?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wie viele Stunden pro Woche?

Haben Sie FreundInnen / Vertraute in Ihrer unmittelbaren Umgebung? ☐ ja ☐ nein

Gibt es Menschen, denen Sie sich anvertrauen können? ☐ ja ☐ nein

Mögen Sie Wochenenden und Urlaub? - Was gefällt Ihnen daran - was gefällt Ihnen nicht?

Wann hatten Sie Ihren letzten Urlaub? Waren Sie alleine oder in Begleitung im Urlaub?

Familienanamnese

Gibt es psychische Erkrankungen in Ihrer Familie? Falls ja – welche?

Gab es Suizide / Suizidversuche in Ihrer Familie? Falls ja, bei wem?

Fragen zu Ihrem Vater

Alter des Vaters bei Ihrer Geburt:	
Beruf des Vaters	
Falls verstorben, wann?	
Wichtigste Eigenschaften:	
Beziehung zum Vater in Kindheit/Jugend	
Beziehung zum Vater aktuell	

Fragen zu Ihrer Mutter

Alter der Mutter bei Ihrer Geburt:	
Beruf der Mutter	
Falls verstorben, wann?	
Wichtigste Eigenschaften:	
Beziehung zur Mutter in Kindheit/Jugend	
Beziehung zur Mutter aktuell	

Falls Sie Geschwister haben:

Name	Alter	Schule / Beruf	Beziehung (Früher / Heute)

Persönliche Entwicklung

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft / Geburt?

Gab es Besonderheiten in der Kindheit / Jugend? (bspw. Krankheiten, Unfälle, Scham aufgrund bestimmter Körpermerkmale, Hänseleien,)

Gab es Belastungen in der Pubertät / belastende sexuelle Erfahrungen?

Vielen Danke für die Bearbeitung des Fragebogens!