

Erstfragebogen für Psychotherapiepatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im folgenden bitte ich Sie darum, eine Reihe von Fragen zu beantworten. Bitte nehmen Sie sich dafür Zeit. Sollte der Platz nicht ausreichen, können Sie gern auf einem extra Blatt weitere Informationen geben- bitte vermerken Sie das jeweils neben der Frage und auch auf dem zusätzlichen Blatt, um welche Frage es sich handelt.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen bei der nächsten Sitzung wieder mit. Bei Rückfragen können Sie mir gern eine Email schicken oder wir schauen uns die unklaren Punkte gemeinsam in der nächsten Sitzung an.

Basisdaten	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum / Alter in Jahren/ Geburtsort	
Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Email:	
Höchster Schulabschluss	
Berufsabschluss	
Jetzige berufliche Situation	
Reihenfolge und Alter der Geschwister:	(bitte wie folgt angeben: Name, Alter, Geschlecht), ...
Alter der Eltern bei Ihrer Geburt	Mutter Vater
Beruf der Eltern in Ihrer Kindheit	Mutter Vater
Waren Sie ein Wunschkind?	
Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig (krank) geschrieben?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wann: _____

Wie viele Wochen waren Sie im letzten Jahr insgesamt krank geschrieben?	
Wie viele Wochen waren Sie im letzten Jahr aufgrund der hier besprochenen Symptomatik krank geschrieben?	
Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?	Nein <input type="checkbox"/> Rentenantrag gestellt <input type="checkbox"/> Rentenantrag bzw. Sozialgerichtsverfahren läuft <input type="checkbox"/> Zeitrentenantrag gestellt <input type="checkbox"/>
Fachrichtung des überweisenden Arztes	
Waren Sie bereits in psychotherapeutischen Kliniken?	<input type="checkbox"/> Ja, ____ Mal für insgesamt ____ Wochen <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie bereits in stationärer psychiatrischen Kliniken?	<input type="checkbox"/> Ja, ____ Mal für insgesamt ____ Wochen <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie bereits in einer Tagesklinik?	<input type="checkbox"/> Ja, ____ Mal für insgesamt ____ Monate <input type="checkbox"/> Nein
Von wie vielen niedergelassenen ambulanten Psychotherapeuten oder Psychiatern wurden Sie insgesamt behandelt? Wann? (Beginn und Ende der Behandlung)	

Nehmen Sie täglich oder gelegentlich Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Familiärer Hintergrund	
Familiäre Situation in der Kindheit (bis 18)	Aufgewachsen bei den Eltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alleinerzogen durch Mutter <input type="checkbox"/> Alleinerzogen durch Vater <input type="checkbox"/> Bei Stiefvater und leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> Bei Stiefmutter und leiblichem Vater <input type="checkbox"/> Aufgewachsen bei anderer Personen <input type="checkbox"/> Im Heim aufgewachsen <input type="checkbox"/> Bei Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern <input type="checkbox"/>

	sonstiges <input type="checkbox"/>
Aktueller Familienstand:	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> wieder verheiratet nach Scheidung <input type="checkbox"/> wieder verheiratet nach Tod des Ehepartners <input type="checkbox"/> wieder verheiratet und getrennt lebend <input type="checkbox"/>
Anzahl eigener Kinder (einschl. Adoptivkinder)	(bitte wie folgt angeben: Anzahl, Name (Alter), ...)
Aktuelle Partnersituation	Kurzfristig kein Partner <input type="checkbox"/> Langfristig/dauerhaft kein Partner <input type="checkbox"/> Wechselnder Partner <input type="checkbox"/> Fester Partner (Ehepartner) <input type="checkbox"/> Fester Partner (nicht Ehepartner) <input type="checkbox"/>
Beschreiben Sie Ihre Mutter in Ihrer Kindheit mit drei Eigenschaftswörtern.	
Beschreiben Sie Ihren Vater in Ihrer Kindheit mit drei Eigenschaftswörtern.	
Beschreiben Sie kurz die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit.	
Beschreiben Sie kurz die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit.	

<p>Beschreiben Sie kurz Ihre Kindheit.</p>	
<p>Beschreiben Sie kurz Ihre Schulzeit.</p>	

Symptomatik	
<p>Welche Symptome (körperlich und/oder psychisch) haben Sie derzeit? Wie lange sind diese schon vorhanden? Wann treten dieses Symptome auf? Gibt es Auslöser dafür?</p>	

Welche körperlichen Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?	
Welche psychologischen Diagnosen haben Sie erhalten?	

Ziele, Wünsche, Phantasien	
Welche Wünsche hätten Sie an den Verlauf und Inhalt der Therapie? Welche Ziele soll die Therapie haben?	