

## Fragebogen zur Lebenssituation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll uns helfen, ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer Lebenssituation zu bekommen und von der Umwelt, in der Sie jetzt leben. Es ist wichtig, dass Sie die Fragen möglichst vollständig und so beantworten, dass wir die für Sie wesentlichen Dinge erkennen können.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie den Fragebogen allein und in aller Ruhe aus.

Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich; Ihre Angaben werden daher streng vertraulich behandelt. Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Informationen einzusehen.

Vielen Dank!

### A Persönliche Daten

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Erlerner Beruf	Ausgeübter Beruf		
<input type="radio"/> Vollzeit beschäftigt <input type="radio"/> Arbeitslos <input type="radio"/> Schüler/Student	<input type="radio"/> Teilzeit beschäftigt <input type="radio"/> Rentenbezug <input type="radio"/> ohne Beschäftigung	zur Zeit: <input type="radio"/> arbeitsfähig <input type="radio"/> arbeitsunfähig (krank geschrieben)	
Familienstand <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet	Religionszugehörigkeit		
Körpergröße	cm	Gewicht	kg

**Wie wohnen Sie?** ☐ Mietwohnung/ Appartement ☐ Eigentumswohnung ☐ Eigenes Haus ☐ Haus zur Miete

☐ Alleine ☐ Wohngemeinschaft ☐ Herkunftsfamilie ☐ Eigene Familie ☐ Betreute Einrichtung

Haben Sie einen Hausarzt? ☐ nein ☐ ja, Dr. \_\_\_\_\_

Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja, bei

Dr. \_\_\_\_\_ Facharzt für \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Facharzt für \_\_\_\_\_

Welche **aktuellen Krankheiten** haben Sie körperlich? Liegt ein Mangelzustand im Vitamin- oder Hormonhaushalt vor?

---

---

---

### B Ihr Problem und Ihr Anliegen

Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten stichwortartig **Ihre wichtigsten Probleme** und Beschwerden, derentwegen Sie eine Behandlung suchen

---

---

Schildern Sie kurz, wann und in welchem Zusammenhang Ihre Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind und wie diese sich bis heute weiterentwickelt haben:

Wie versuchten Sie bisher, sich selbst zu helfen?

Was möchten Sie durch die Therapie erreichen?

An wen haben Sie sich bisher bezüglich ihrer Probleme gewandt?

☐ Ärzte ☐ Therapeuten ☐ Beratungsstellen ☐ Freunde ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits ☐ eine oder ☐ mehrere (\_\_\_\_) **Psychotherapien** gemacht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und wo oder bei wem?

Wenn ja, welche Art von Psychotherapie?

☐ Stationärer Krankenhausaufenthalt

☐ ambulante Psychotherapie

☐ Tagesklinik

☐ Stationäre Rehabilitation

☐ ambulante Rehabilitation

Wenn ja, wann und wo?

Wenn ja, mit welcher Methode?

☐ Verhaltenstherapie

☐ Tiefenpsychologisch fundierte Therapie

☐ Psychoanalyse

☐ Systemische Therapie

☐ andere Behandlungsmethode: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wer war der **Kostenträger**?

☐ Krankenkasse

☐ DRV – Deutsche Rentenversicherung

☐ Selbstzahlung

☐ andere \_\_\_\_\_

Verfügen Sie über **Berichte von Vorbehandlungen**?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, bringen Sie diese bitte zum nächsten Termin mit.

Kennen Sie die von Ihren Vorbehandlern gestellten **Diagnosen**? Wie lauten sie?

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

0	-----	20	-----	40	-----	50	-----	60	-----	80	-----	100
unnötig						mittel						unbedingt erforderlich

## C Psychisches Befinden

Welche der folgenden **Zustände** oder **Gefühle** treffen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Begriff an:

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Herzklopfen
<input type="checkbox"/> Magenstörungen	<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ohnmachten
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen
<input type="checkbox"/> nehme oft Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> nehme oft Schmerztabletten	<input type="checkbox"/> trinke oft Alkohol

<input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> kann mich Anderen gegenüber nicht mitteilen	<input type="checkbox"/> schüchtern unter Leuten
<input type="checkbox"/> Konflikte	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen	<input type="checkbox"/> schlechte Familienverhältnisse
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, mich zu amüsieren	<input type="checkbox"/> kann die Arbeitsstelle nicht über längere Zeit behalten	<input type="checkbox"/> finanzielle Probleme
<input type="checkbox"/> Probleme mit dem PC/Internet	<input type="checkbox"/> Probleme mit der Justiz	<input type="checkbox"/> Mobbing

<input type="checkbox"/> Spannungsgefühle	<input type="checkbox"/> Panikgefühle	<input type="checkbox"/> Alpträume
<input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu Entspannung	<input type="checkbox"/> überheerzig	<input type="checkbox"/> Minderwertigkeitsgefühle
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Angst vor anderen Menschen	<input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme
<input type="checkbox"/> Aggressionen		

<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> Selbstverletzungen
Selbstmordversuch in der Vergangenheit?	Wenn ja, wann war das?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Ich möchte hierzu keine Angaben machen	

## D Familie und Beruf

Alter Ihres <b>Vaters</b> bei Ihrer Geburt:	Sein Beruf:	
falls verstorben, wann:	in welchem Alter:	Todesursache:
Nennen Sie seine wichtigsten Eigenschaften:		
Beschreiben Sie seine Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit / Jugend (wie behandelte er Sie?):		

Wie ist die Beziehung zu Ihrem Vater heute:
---

Alter Ihrer <b>Mutter</b> bei Ihrer Geburt:	Ihr Beruf:	
falls verstorben, wann:	in welchem Alter:	Ursache:



Hatten Sie ☐ einen Schwangerschaftsabbruch ☐ eine Frühgeburt ☐ eine Fehlgeburt im Jahr \_\_\_\_\_

### Schulische und berufliche Laufbahn

Welche <b>Schulzweige</b> besuchten Sie?	von - bis
1.	
2.	
3.	
Höchster Schulabschluss?	<input type="checkbox"/> Kein Abschluss

Anschließende **Berufsausbildung** als \_\_\_\_\_

von – bis: \_\_\_\_\_

Abschluss als: \_\_\_\_\_ ☐ kein Abschluss

Anerkannte Berufsbezeichnung / Diplom. \_\_\_\_\_

Weitere Ausbildungen/ **Weiterbildungen**? ☐ trifft nicht zu

Beschreiben Sie Ihre **derzeitige berufliche Tätigkeit** ☐ zurzeit **keine** Berufstätigkeit

Fühlen Sie sich in Ihrem/r Beruf / Ausbildung ☐ überlastet ☐ unterfordert ☐ angemessen herausgefordert

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

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

Wie verstehen Sie sich mit Ihren Kollegen und Vorgesetzten? ☐ gut ☐ schlecht ☐ teils/teils

Sehen Sie ihre berufliche Perspektive ☐ optimistisch ☐ pessimistisch ☐ teil/teils

Streben Sie eine Änderung ihrer beruflichen Situation an? ☐ ja ☐ nein

Wie ist Ihre wirtschaftliche / finanzielle Gesamtsituation? ☐ gut ☐ mittelmäßig ☐ schlecht ☐ miserabel

### Frühere Berufstätigkeiten

als \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### E Persönliche Lebenssituation und körperliche Gesundheit

Fühlen Sie sich zurzeit körperlich gesund? ☐ Ja ☐ Nein

Essen Sie ☐ zu viel ☐ zu wenig ☐ gerade die richtige Menge?

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

Ernähren Sie sich gesund? ☐ ja ☐ nein Bereiten Sie Ihr Essen überwiegend selbst zu? ☐ ja ☐ nein

Wann gehen Sie gewöhnlich zu Bett? \_\_\_\_\_ Uhr Wann stehen Sie wieder auf? \_\_\_\_\_ Uhr

Wie viele Stunden **schlafen** Sie im Durchschnitt? \_\_\_\_\_ Stunden Schlafen Sie genug? ☐ ja ☐ nein

Wie viele Stunden **arbeiten** Sie im Durchschnitt

am Tag?: \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche?: \_\_\_\_\_ Stunden am Wochenende?: \_\_\_\_\_ Stunden

Wie viel Zeit verbringen Sie außerhalb Ihrer Arbeitszeit am Computer / Notebook? \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

Wie viel Zeit verbringen Sie mit Telefonieren / SMS-Schreiben? \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

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? \_\_\_\_\_ Stunden

\_\_\_\_\_ Wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_ Stunden

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 in Urlaub?

Bitte geben Sie an, welche <b>Substanzen</b> Sie in den letzten fünf Jahren regelmäßig eingenommen haben (ungefähre Menge pro Tag)	Haben Sie ein Problem damit?	Möchte keine Angaben machen:
Medikamente:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>
Drogen:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>
Alkohol:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>
Zigaretten:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>
Kaffee/ Tee:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>

Welche der oben genannten Substanzen/ Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig zu sich?

--

Nehmen Sie regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente ein? Wenn ja, welche?

--

**Vielen herzlichen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens!**