

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="checkbox"/> Vollzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Schüler/Student	<input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> Rentenbezug <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung
zur Zeit: <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig (krank geschrieben)	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> 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, dererwegen 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**?

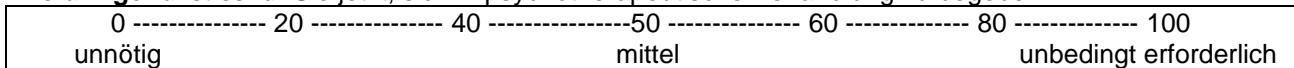
Wenn ja, bringen Sie diese bitte zum nächsten Termin mit.

ja

nein

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

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



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"/> Heißungerattacken	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen

nehme oft Beruhigungsmittel nehme oft Schmerztabletten 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"/> überehrgeizig	<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 Vaters 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 Mutter bei Ihrer Geburt:	Ihr Beruf:	
falls verstorben, wann:	in welchem Alter:	Ursache:

Nennen Sie ihre wichtigsten Eigenschaften:

Beschreiben Sie ihre Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit / Jugend (wie behandelte sie Sie?):

Wie ist die Beziehung zu Ihrer Mutter heute:

Wenn Sie **Geschwister** haben:

Zahl der Brüder:	Alter:	Zahl der Schwestern:	Alter:
	Altersunterschied:		Altersunterschied:

Die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern?

früher:

heute:

Welche **anderen Bezugspersonen** waren in Ihrer Kindheit und Jugend von Bedeutung?

Welche Krankheiten hatten Sie während Kindheit und Jugend?

Partnerschaft/ Ehe

<input type="checkbox"/> zur Zeit in keiner festen Partnerschaft <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft seit:	Alter Ihres Partners / Ihrer Partnerin: _____ Jahre sein / ihr Beruf:
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> gemeinsamer Haushalt	<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> laufende Scheidung
<input type="checkbox"/> familienrechtliche Streitigkeiten	<input type="checkbox"/> sorgerechtliche/umgangsrechtliche Streitigkeiten

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer partnerschaftlichen Situation?

0 -----	20 -----	40 -----	50 -----	60 -----	80 -----	100
wenig zufrieden	mittel					

Eigene Kinder / Stiefkinder/ Adoptivkinder /

Ich habe **keine** Kinder

Name	Geschlecht	Alter	Schule /Beruf	Ihre Beziehung zu dem Kind

Gibt es Probleme mit dem Jugendamt? _____

Hat eines Ihrer Kinder **spezielle Probleme** – welche?

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch eine Frühgeburt eine Fehlgeburt im Jahr _____

Schulische und berufliche Laufbahn

Welche Schulzweige besuchten Sie?	von - bis
1.	
2.	
3.	
Höchster Schulabschluss?	<input type="radio"/> 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 _____

E Persönliche Lebenssituation und körperliche Gesundheit

Fühlen Sie sich zurzeit körperlich gesund? Ja Nein

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

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

Ernähren Sie sich gesund? O ja O nein Bereiten Sie Ihr Essen überwiegend selbst zu? O ja O 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? O ja O 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 **Hobbies** 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 O alleine oder O in Begleitung in Urlaub?

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

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!