



PATIENTEN-FRAGEBOGEN BEI AUFNAHME

Um eine gute und erfolgreiche Behandlung durchführen zu können, benötigt Ihr(e) Therapeut(in) ausführliche Informationen, die mit diesem Fragebogen erhoben werden. Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und vollständig. Falls Sie eine Frage nicht beantworten möchten, schreiben Sie dies bitte zur Frage hinzu. Ihr(e) Therapeut(in) bespricht Unklarheiten gerne mit Ihnen. Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht, kein Unbefugter erhält Einblick. Vielen Dank für Ihre Mühe!

A. Seelische und körperliche Beschwerden und Probleme

A 1) Welche seelischen und körperlichen Beschwerden und Probleme haben Sie aktuell?

A 2) Haben Sie im Moment in Ihrem Alltag oder in Ihrem Beruf Einschränkungen durch Ihre aktuellen seelischen und körperlichen Beschwerden? Bitte beschreiben Sie diese:

Alltag: _____

Beruf: _____

A3) Wann haben Ihre Beschwerden und Probleme angefangen und wie haben sie sich entwickelt? Gab es besondere Lebensumstände oder Belastungen?

<u>Monat / Jahr</u>	<u>Beschwerden</u>	<u>Lebensumstände zu dieser Zeit</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A 4) Welche Vermutungen haben Sie über die Ursachen Ihrer Beschwerden und Probleme?

A 5) Wer hat die Behandlung bei uns angeregt bzw. veranlasst? Weshalb?

A 6) Gab es für Sie persönlich bedeutsame Erkrankungen oder Unfälle?

<u>Jahr</u>	<u>Krankheit / Unfall</u>	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. Psychotherapeutische, psychosomatische, psychiatrische Behandlungen

B 1) Haben Sie sich schon einmal in ambulanter Psychotherapie befunden?

- Nein, noch nie.
- Ja: Ich befinde mich derzeit in ambulanter Psychotherapie seit etwa _____ (Monat, Jahr) bzw. _____ Sitzungen.
- Ich habe früher bereits
 - eine
 - mehr als eine ambulante PsychotherapieAbgeschlossen, zuletzt im Jahr _____

B 2) Waren Sie schon einmal in (teil-) stationärer psychotherapeutischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung (Akutklinik, Reha-Klinik, Tagesklinik)?

- Nein, noch nie.
- Ja: einmal für _____ Wochen im Jahr _____
 - bereits mehrere Male, zuletzt für _____ Wochen im Jahr _____

B 3) Wie viele Wochen waren Sie in den letzten fünf Jahren insgesamt in (teil-) stationärer psychotherapeutischer / psychosomatischer / psychiatrischer Behandlung?

- Gar nicht
- Insgesamt unter vier Wochen
- Insgesamt vier bis unter acht Wochen
- Insgesamt acht bis zwölf Wochen (2-3 Monate)
- Insgesamt mehr als drei bis sechs Monate
- Insgesamt mehr als sechs Monate

C. Gesundheitsverhalten

C 1) Wie hoch ist Ihr Konsum an

Alkohol pro Tag oder pro Woche? (Bitte Angabe in Bier 0,3 l, Spirituosen 2 cl...)

anregenden Getränken pro Tag (z. B. Kaffee, schwarzer Tee, Cola, energy drinks...) ? _____

Nikotin pro Tag (Zigaretten, Zigarillos, Zigarren)?

Schlafmittel (Hypnotika), **Beruhigungsmittel** (Sedativa) oder **Aufputschmittel** (Stimulantia) pro Tag?

C 2) Haben Sie schon einmal (illegale) Drogen genommen? Wenn ja, welche und wie häufig? Wann zuletzt?

C 3) Treiben Sie regelmäßig Sport? ja, und zwar _____

nein

C 4) Gibt es Besonderheiten in Ihrer Ernährung? Welche? _____

C 5) Haben Sie einen regelmäßigen Tagesablauf (geregelter Mahlzeiten, ausreichend Schlaf usw.)? ja

nein

D. Persönliche Entwicklung

D 1) Nationalität

deutsche Staatsangehörigkeit

andere Staatsangehörigkeit: _____

D 2) Herkunft

- in Deutschland aufgewachsen
- anderes Herkunftsland: _____

Seit wann leben Sie in Deutschland? _____

D 3) Angaben zur Familie

	<u>Geburtsjahr</u>	<u>Vorname</u>	<u>Beruf</u>
Vater	_____	_____	_____
Mutter	_____	_____	_____
1. Geschwister	_____	_____	_____
2. Geschwister	_____	_____	_____
3. Geschwister	_____	_____	_____
4. ...	_____	_____	_____
5. ...	_____	_____	_____

D 4) Falls bereits verstorben:

	<u>Vater</u>	<u>Mutter</u>	<u>Geschwister</u>
im Jahr	_____	_____	_____
Todesursache	_____	_____	_____

D 5) Leidet in Ihrer Familie oder Verwandtschaft jemand an einer **psychischen** Erkrankung oder Auffälligkeit? Wer und an was?

D 6) Leidet in Ihrer Familie oder Verwandtschaft jemand an einer **körperlichen** Erkrankung oder Auffälligkeit? Wer und an was?

D 7) Nennen Sie bitte typische Eigenschaften Ihrer Eltern:

Mutter: _____

Vater: _____

D 8) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer Mutter beschreiben?

früher: _____

heute: _____

D 9) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Vater beschreiben?

früher: _____

heute: _____

D 10) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern beschreiben?

früher: _____

heute: _____

D 11) Nach welchen Werten und Prinzipien wurden Sie erzogen?

D 12) Wie war in Ihrer Kindheit und Jugend die Stimmung im Elternhaus?

D 13) Sind Ihre Eltern geschieden?

nein ja: Ihr Alter damals: ____ Jahre

D 14) Bei wem sind Sie bis zum Abschluss Ihrer Schulzeit aufgewachsen?

D 15) Wer war für Sie die wichtigste Bezugsperson in Ihrer Kindheit und Jugend?

D 16) Wie häufig haben Sie derzeit Kontakt zu Ihrer Herkunftsfamilie?

D 17) Gab es in Ihrer Kindheit und Jugend besondere Lebensumstände oder einschneidende Erlebnisse?

D 18) Haben Sie auf sexuellem Gebiet verletzende oder beschämende Erfahrungen gemacht? ja nein

E. Schule, Ausbildung und Beruf

E 1) Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- ich besuche noch die Schule
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife
- Abitur / Fachhochschulreife
- ohne Abschluss
- anderer Abschluss:

E 2) Hatten Sie in der Schule Probleme? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- keine
- Leistungsprobleme
- Probleme mit Lehrern
- Probleme mit Mitschülern

E 3) Haben Sie in Ihrer Schulzeit eine Schulklasse wiederholt?

- nie
- einmal
- mehrmals

E 4) Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?

- noch in Berufsausbildung / im Studium
- Lehre
- Meister / Fachschule
- Akademischer Abschluss (Fachhochschule, Universität)
- Kein Berufsabschluss

E 5) Haben Sie eine/n oder mehrere Berufsausbildungen oder Studiengänge aufgenommen?

<u>von - bis</u>	<u>als</u>	<u>abgeschlossen</u>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

E 6) Früher ausgeübte berufliche Tätigkeiten:

<u>von – bis</u>	<u>Tätigkeit</u>	<u>Ort</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

E 7) Sind Sie gegenwärtig berufstätig? nein → bitte weiter mit Frage E 8)
 ja

Falls ja:

Derzeitige Berufstätigkeit: _____

Seit Monat / Jahr	Tätigkeit	Arbeitgeber	Ort
_____	_____	_____	_____

Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer beruflichen Situation?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

Gibt es Probleme am Arbeitsplatz? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben: _____

Wie ist das Verhältnis zu den Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz?

- freundschaftliche Beziehungen
- kollegiale Beziehungen
- Kontakt auf das Wesentliche begrenzt
- Auseinandersetzungen und Konflikte

Wie ist das Verhältnis zu den Vorgesetzten am Arbeitsplatz?

- freundschaftliche Beziehungen
- kollegiale Beziehungen
- Kontakt auf das Wesentliche begrenzt
- Auseinandersetzungen und Konflikte

E 8) Sind Sie gegenwärtig krankgeschrieben?

- nein
- ja, seit: _____ wegen: _____

E 9) Wie lange waren Sie selbst in den letzten 12 Monaten insgesamt krankgeschrieben / arbeitsunfähig?

- Überhaupt nicht
- Weniger als 3 Wochen
- 3 bis 6 Wochen
- Mehr als 6 Wochen bis 3 Monate
- Mehr als 3 Monate bis 6 Monate
- Mehr als 6 Monate

E 10) Sind Sie gegenwärtig arbeitslos?

- nein
- ja, seit: _____ Grund: _____

E 11) Befinden Sie sich in Elternzeit?

- nein
- ja, seit: _____

E 12) Sind Sie Hausfrau / Hausmann?

- nein
- ja, seit: _____

E 13) Sind Sie gegenwärtig berentet?

- nein
- ja, aus Krankheitsgründen seit: _____, befristet ja, bis: _____
- ja, Altersrente seit: _____ nein

E 14) Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- nein
- ja wann? _____
- ja, das Verfahren befindet sich z. Zt. im Widerspruch

E15) Hat Ihnen jemand (z. B. Arzt, Agentur für Arbeit, Freund, Krankenkasse...) geraten, einen Rentenantrag zu stellen?

- nein
- ja wer? _____

E 16) Haben Sie eine Anerkennung als Schwerbehinderte(r)?

- nein
- ja, Grad der Behinderung (GdB): _____
Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): _____ %

F. Partnerschaft und Familie

F 1) Familienstand (Mehrfachnennungen möglich)

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Lebenspartnerschaft
- getrennt lebend
- geschieden
- wieder verheiratet
- verwitwet

F 2) In welcher partnerschaftlichen Situation leben Sie?

- mit meiner/m Ehepartner/in zusammen
- mit einer/m festen Partner/in zusammen, die/der nicht mein/e Ehepartner/in ist
- kein/e Partner/in

Falls Sie keine/n Partner/in haben: Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit dieser Situation?

- sehr zufrieden zufrieden unzufrieden sehr unzufrieden

Falls Sie keine Partnerschaft haben, bitte weiter mit Frage F7

F 3) Beschreiben Sie kurz Ihren Partner / Ihre Partnerin. Was für ein Mensch ist er / sie?

F 4) Wie würde Ihr Partner / Ihre Partnerin Sie beschreiben?

F 5) Wie schätzen Sie zur Zeit Ihre Partnerschaft ein?

- sehr gut gut mittelmäßig
- schlecht sehr schlecht

F 6) Gibt es gegenwärtig in der Partnerschaft Probleme? Wenn ja, welche?

F 7) Falls Sie schon einmal / mehrmals verheiratet waren: Von wann bis wann?

Warum und durch wen erfolgte die Trennung?

F 8) Falls Sie Kinder haben:

Name

Geburtsjahr

Stammt eines oder mehrere der Kinder aus einer früheren Ehe / Verbindung?

Welche(s)? _____

Gibt es Probleme mit den Kindern (Krankheiten, Erziehung, Schulleistungen, Auseinandersetzungen)? Welche Probleme, bei welchen Kindern?

G. Soziale Situation und Freizeit

G 1) Machen Sie sich im Moment Sorgen um Ihre finanzielle Situation?

überhaupt keine eher wenig eher viel sehr große

G 2) Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

zur Miete: Zimmer Wohnung Haus

Eigentum: Wohnung Haus

Therapeutische Wohngemeinschaft / Betreutes Wohnen

Hausgemeinschaft mit Eltern /Schwiegereltern / sonst. Verwandten

Sonstiges: _____

G 3) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? ____ Personen
davon Kinder unter 12 Jahren: _____, Kinder über 12 und unter 18 Jahren: _____

G 4) Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Wohnsituation?
 sehr zufrieden zufrieden unzufrieden sehr unzufrieden

G5) Besitzen Sie einen Führerschein?
 ja nein

G 6) Wie gestalten Sie Ihre Freizeit? Haben Sie Interessen, Hobbys, Freizeitaktivitäten?
Wie häufig üben Sie diese aus? _____

H. Kontakt und zwischenmenschliche Beziehungen

H 1) Wie leicht oder schwer fällt es Ihnen, andere Menschen kennenzulernen?
 eher leicht, weil: _____
 eher schwer, weil: _____

H 2) Inwieweit gelingt es Ihnen, wichtige Beziehungen über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten?
 eher gut, weil: _____
 eher schlecht, weil: _____

H 3) Haben Sie eine oder mehrere vertraute Personen, mit denen Sie persönliche Dinge offen besprechen können? Wie häufig pflegen Sie solche Kontakte?
 ja Welche Personen sind dies? _____

Sind Sie mit der Häufigkeit dieser Kontakte zufrieden?

- eher ja eher nein
 nein, aber ich hätte gerne solche Kontakte
 nein, und ich brauche solche Kontakte auch nicht

H 4) Sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Sexualleben zufrieden?

H 5) Alles in allem gesehen: Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit Ihren gegenwärtigen Beziehungen und Kontakten zu anderen Menschen?

- sehr zufrieden zufrieden unzufrieden sehr unzufrieden

I. Selbstbeschreibung

I 1) Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:

a) Worauf ich stolz bin, ist _____

b) Ich fühle mich schuldig, weil _____

c) Etwas, über das ich mich ärgere, ist _____

d) Wenn ich den Mut hätte, würde ich _____

e) Ich bin ein Mensch, der _____

I 2) Was sind Ihre wichtigsten Lebensprinzipien?

J. Persönliche Ziele und Veränderungswünsche

Welche Veränderungen wünschen Sie sich gegenwärtig in Ihrem Leben...

J 1) ...in Bezug auf sich selbst und Ihr Verhalten?

J 2) ...in Bezug auf Ihre Partnerschaft?

J 3) ...in Bezug auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen?

J 4) ...in Bezug auf Ihr Freizeitverhalten?

J 5) ...in Bezug auf den beruflichen Bereich?

J 6) Worauf möchten Sie in der Behandlung bei uns den Schwerpunkt legen? Welcher Bereich ist für Sie persönlich der wichtigste?

Patientenaufkleber

Arbeitsplatzbeschreibung

(Tätigkeit, die zurzeit ausgeübt wird oder
zuletzt ausgeübt wurde)

Derzeitiger / letzter Arbeitgeber

beschäftigt seit / von - bis

Genauere Bezeichnung der Tätigkeit

Bitte beschreiben Sie in einigen Worten die Hauptaufgaben Ihrer Tätigkeit:

Arbeitsumfang (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

Vollzeit, ___ Wochenstunden Teilzeit, ___ Wochenstunden geringfügige Beschäftigung

Arbeitsort (Mehrere Antworten möglich)

im Freien in Werkhallen, in geschlossenen Räumen in temperierten Räumen

Arbeitsorganisation (Mehrere Antworten möglich)

Tagesschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht Wochenende/Sonn- & Feiertage

Arbeitshaltung (Bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen)

	<i>ständig</i>	<i>überwiegend</i>	<i>zeitweise</i>		<i>ständig</i>	<i>überwiegend</i>	<i>zeitweise</i>	<i>nie</i>
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kniend/hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				auf Gerüsten/Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitsschwere (Heben / Tragen von Lasten)

Art der Lasten: _____ Gewichte häufig bis ___ kg, gelegentlich bis ___ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden? nein ja, folgende _____

Anforderungen / Belastungen bezüglich o.g. Tätigkeit (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Äußere Einflüsse:

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- Staub, Rauch
- Gerüche, Gase, Dämpfe
- Lärm
- Erschütterung/Vibration
- haut-/atemwegsreizende Stoffe, welche? _____

Berufliches Kraftfahren:

- PKW
- LKW
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransport
- Baumaschinen/sonstige Fahrzeuge

Sonstiges:

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Mitarbeiterführung
- erhöhte Unfallgefahr
- Bildschirmarbeit
- keine geregelten Pausen
- lange Anfahrtszeiten, _____ Minuten