

# Patienten-Fragebogen bei Aufnahme

*Patientenaufkleber*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

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 Psychotherapie  
abgeschlossen, 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 (geregelte 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>        |                               |
|------------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|
| _____            | _____      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| _____            | _____      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| _____            | _____      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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	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: \_\_\_\_\_

nein

ja, Altersrente seit: \_\_\_\_\_

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 zurzeit 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

<hr/>	<hr/>

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