

Fragebogen Erstgespräch

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

um sich für eine Therapie anzumelden, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und per E-Mail oder per Post zurückzusenden. Die Rücksendeadressen finden Sie am Ende des Fragebogens.

Der Fragebogen enthält Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und den Problembereichen, die Sie zu uns geführt haben. Ihre Angaben helfen uns dabei, einzuschätzen, ob wir Ihnen ein passendes Therapieangebot machen können. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Vorname: _____ Nachname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Alter: _____ Jahre geboren am: _____ in: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Religionszugehörigkeit: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Schwerbehinderung: nein ja, GdB: _____

Familienstand: ledig verlobt verheiratet in Trennung lebend

geschieden verwitwet wiederverheiratet seit: _____

Kinder ja nein Wenn ja, wie viele und wie alt? _____



Bildungs- und Berufsweg

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Zuletzt ausgeführte Tätigkeit: _____

Derzeit bin ich: arbeitslos berufstätig berentet krankgeschrieben
 in Schule/Ausbildung/Studium sonstiges: _____ seit: _____

Falls berufstätig: angestellt beamtet selbstständig Stunden pro Woche: _____

Falls berentet: Rente wird bezogen Antrag gestellt
 Antrag nicht gestellt Antragstellung in Arbeit

Angaben zur Versicherung und ärztlichen Behandlung

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt

Ärztliche Begleitung Ihrer psychischen Problematik:

Hausarzt / Hausärztin Name, Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Psychiatrisch: Name, Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Neurologisch: Name, Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Sonstige: Name, Adresse: _____
Telefonnummer: _____



Ärztliche und psychotherapeutische Behandlung

Haben Sie schon einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen oder waren Sie in einer psychiatrischen Klinik? (Falls nötig, bitte Rückseite verwenden)

Jahr	Dauer	Therapieform	Problematik verbessert?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Medikament	Dosierung	Seit wann?

Verfügbarkeit

Die Therapiestunden erfolgen in der Regel wöchentlich am selben Tag und zur gleichen Uhrzeit. Bitte tragen Sie hier ein, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten Sie den Termin zuverlässig wahrnehmen können.

	Vormittags		Nachmittags	
Montag	Von: _____	Bis: _____	Von: _____	Bis: _____
Dienstag	Von: _____	Bis: _____	Von: _____	Bis: _____
Mittwoch	Von: _____	Bis: _____	Von: _____	Bis: _____
Donnerstag	Von: _____	Bis: _____	Von: _____	Bis: _____
Freitag	Von: _____	Bis: _____	Von: _____	Bis: _____



Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Aus welchem Grund möchten Sie eine Therapie beginnen?

Bitte beschreiben Sie kurz die Hauptprobleme und Beschwerden.

Bitte beschreiben Sie kurz, wann und in welchem Zusammenhang Ihre Symptome erstmals aufgetreten sind und wie sich diese seitdem entwickelt haben:

Welche Ziele möchten Sie mit der Therapie erreichen?

Haben Sie schwere körperliche Erkrankungen oder hatten Sie Unfälle? Wenn ja, wann und welche?
Wie wurden diese behandelt und mit welchem Ergebnis?



Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Bitte kreuzen Sie an, welche Beschwerden aktuell bei Ihnen bestehen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gedrückte Stimmung | <input type="checkbox"/> Gefühl der inneren Leere |
| <input type="checkbox"/> Interessenverlust, Freudlosigkeit | <input type="checkbox"/> Umgang mit traumatischen Erinnerungen |
| <input type="checkbox"/> Verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit | <input type="checkbox"/> Schnell wechselnde Stimmungen |
| <input type="checkbox"/> Vermindertem Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> Instabile zwischenmenschliche Beziehungen |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung; falls ja, bitte kurz beschreiben:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Suizidgedanken | <input type="checkbox"/> Pessimistischer Blick in die Zukunft |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Impulsives Verhalten; falls ja bitte kurz beschreiben:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Veränderung des Appetits | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Gewalt gegen andere | <input type="checkbox"/> Sonstiges:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Sorgen ums Gewicht | |
| <input type="checkbox"/> Ängste und Panikattacken | |
| <input type="checkbox"/> Essanfälle | |
| <input type="checkbox"/> Zwänge (z. B. Dinge ordnen, zählen, waschen, ...) | |

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? ja nein

Falls ja: wann fand der letzte Versuch statt (Monat/Jahr)? _____

Trinken Sie Alkohol? Falls ja: Häufigkeit und Menge: _____

Rauchen Sie Zigaretten oder Ähnliches? Falls ja: Häufigkeit und Menge: _____

Nehmen Sie abhängigmachende Medikamente außerhalb ärztlicher Verordnung? Falls ja: Art, Häufigkeit und Menge: _____

Nehmen Sie Drogen? Falls ja: Art, Häufigkeit und Menge: _____

Bestehen sonstige Abhängigkeiten (Glücksspiel, Kaufsucht etc.)? Falls ja: Art und Häufigkeit: _____



Zielsetzung

Was möchten Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie erreichen?

Was möchten bzw. müssten Sie lernen oder wieder üben?

Worüber möchten Sie mehr Klarheit gewinnen? Bitte formulieren Sie so konkret wie möglich, was Sie klären möchten.

Was müssen Sie evtl. an Ihrer Lebenssituation verändern?

Welche Personen außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?

Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?

Was müsste passieren, damit Ihr Problem "wie von selbst" verschwindet?

Wer steht Ihrer Behandlung eher skeptisch oder ablehnend gegenüber?

Gibt es sonstige Besonderheiten, nach denen nicht gefragt wurde? Welche?



Einverständniserklärung zur E-Mail-Kommunikation

- Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, per E-Mail an die von mir angegebene E-Mail-Adresse gesendet werden. Ich bin mir der Risiken bewusst, insbesondere der Möglichkeit, dass Dritte unbefugt Kenntnis davon erlangen oder diese Daten verwenden könnten.
- Ich wünsche ausschließlich eine Kontaktaufnahme per Telefon.

Datum _____

Ihre Unterschrift _____



Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens! Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an die unten angegebene E-Mail-Adresse oder Postanschrift, damit wir Ihr Anliegen bearbeiten können.

Rücksendung des Fragebogens

Sie können den Fragebogen per E-Mail oder per Post an uns zurücksenden. Zum Schutz von sensiblen personenbezogenen Daten empfehlen wir generell den Versand per Post.

Anschrift für Postversand

Digitaler Versand

E-Mail-Adresse: _____

