

Fragebogen zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie

Name		Vorname	
Strasse		PLZ, Ort	
geboren am		in	

Erreichbarkeit:

tagsüber		abends	
Handy		E-Mail	

Versicherung

Name der Krankenkasse			
Anschrift Geschäftsstelle (Str., PLZ, Ort)			
Telefon /Fax			
Name des/der Versicherten	selbst: <input type="checkbox"/>		
	s. oben		
Anschrift des/der Versicherten	s. oben <input type="checkbox"/>		
Mitgliedsnummer			

Wer ist Ihr/e Hausarzt/ärztin?

Name			
Strasse		PLZ, Ort	
Telefon		Fax (falls bekannt)	

Vorangegangene Psychotherapie(en)

Wurde schon einmal eine Psychotherapie durchgeführt? (bitte ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, (bitte ankreuzen)	ambulant	<input type="checkbox"/>	stationär	<input type="checkbox"/>
Zeitraum der psychotherapeutischen Behandlung	von		bis	
In welchem Verfahren? (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie		<input type="checkbox"/> Psychoanalyse	
	<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			
Name des/der Therapeuten/in bzw. Klinik				
Anschrift (Str., PLZ, Ort)				
Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?				

bitte möglichst in Druckschrift ausfüllen

1. Bitte schildern Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Beschwerden. Geben Sie auch an, wie lange Sie schon unter ihnen leiden

2. Was war der unmittelbare Anlass dafür, nun psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen?

3. Angaben zur Mutter (oder Adoptiv-, Pflege-, Ersatzmutter, falls Sie nicht bei Ihrer leiblichen Mutter aufgewachsen sind)

Alter heute		Alter bei Ihrer Geburt	
Erlerner Beruf			
Besondere Krankheiten			
Falls verstorben, Jahr		Ursache	
Wie alt waren Sie damals?			

4. Beschreiben Sie bitte kurz die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre Beziehung während Ihrer Kindheit und Jugendzeit

5. Auf welche Art wurden Sie von Ihrer Mutter bestraft?

6. Angaben zum Vater (oder Adoptiv-, Pflege-, Ersatzvater, falls Sie nicht bei Ihrem leiblichen Vater aufgewachsen sind)

Alter heute		Alter bei Ihrer Geburt	
Erlerner Beruf			
Besondere Krankheiten			
Falls verstorben, Jahr		Ursache	
Wie alt waren Sie damals?			

7. Beschreiben Sie bitte kurz die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre Beziehung während Ihrer Kindheit und Jugendzeit

8. Auf welche Art wurden Sie von Ihrem Vater bestraft?

9. Wie war die Ehe der Eltern und welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus

10. Anzahl der Geschwister _____ Als wieviertes Kind wurden Sie geboren? _____

Alter und Geschlecht der Geschwister (z. B. Bruder, 24 Jahre)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- ...

11. Gab es noch andere wichtige Bezugspersonen während Ihrer Kindheit (z. B. Großeltern, Verwandte, Freunde)?

12. Wie alt waren Sie, als Sie zuhause ausgezogen sind?

13. Welchen Schulabschluss haben Sie?

14. Wie waren Ihre schulischen Leistungen?

15. Berufsausbildung und/oder Studium:

von:

bis:

als:

von

bis

als:

von

bis

als:

16. Frühere Arbeitsstellen:

von:

bis:

als:

von

bis

als:

von

bis

als:

17. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

18. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und wie alt? Wie ist die derzeitige Situation?

19. Partnerschaft

Sind Sie verheiratet oder leben Sie mit einem Partner/Partnerin?

Wenn ja, Beruf und Alter des/der Partners/Partnerin.

Skizzieren Sie kurz Ihre Beziehung und wichtige frühere Beziehungserfahrungen.

20. Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie häufiger?

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Schwächegefühl
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Panikattacken

21. Haben Sie unter schweren Krankheiten gelitten? Wenn ja, welche und wann?

22. Haben Sie Probleme mit Suchtmitteln (z. B. Alkohol, Drogen, Nikotin, Medikamente...)?
Wenn ja, welche und seit wann?

23. Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt oder einen Selbstmordversuch unternommen?
Wenn ja, wann und warum?

24. Zu wem haben Sie wichtige soziale Kontakte (Freundeskreis, Vereine....)?

25. Angaben zur Sexualität:

In welchem Alter kamen Sie in die Pubertät? _____

Wie verliefen Ihre ersten sexuellen Erfahrungen?

Ist Ihr momentanes Sexualleben befriedigend?
Wenn nicht, beschreiben Sie bitte kurz warum.

26. Bitte führen Sie an dieser Stelle alle für Sie wichtigen problemrelevanten Ereignisse in Ihrem Leben auf, die von den vorhergehenden Fragen nicht erfasst wurden.

27. Wenn Sie abschließend sich selbst beschreiben sollen, mit welchen Eigenschaftswörtern, Fähigkeiten und Eigenheiten lässt sich Ihre Persönlichkeit am besten beschreiben?

Platz für weitere Notizen und Anmerkungen

Vielen Dank für die sorgfältige Beantwortung dieser Fragen!