

Hinweis zum Eingangsfragebogen

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Therapiewunsch. Diese Informationen helfen uns, das Erstgespräch sowie die nachfolgende diagnostische Untersuchung entsprechend Ihrer individuellen Situation zu planen und durchzuführen.

Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an. Sie können weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben.

Bitte senden Sie den Fragebogen an das gewünschte Institut.

Christoph-Dornier-Stiftung
für Klinische Psychologie
Institut Bielefeld
Morgenbreede 2-4
D-33615 Bielefeld

Christoph-Dornier-Stiftung
für Klinische Psychologie
Institut Bremen
Grazer Straße 2b
D-28359 Bremen

Christoph-Dornier-Stiftung
für Klinische Psychologie
Institut Köln
Lindenburger Allee 42
D-50931 Köln

Christoph-Dornier-Stiftung
für Klinische Psychologie
Institut Münster
Schorlemerstr. 26
D- 48143 Münster

Christoph-Dornier-Stiftung
für Klinische Psychologie
Institut Tübingen
Silcherstraße 5
D-72076 Tübingen

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Eingangsfragebogen

PAT:

Teil 1: Institutswunsch

- 1.1 Institut Bielefeld
 Institut Bremen
 Institut Köln (nur Kinder- und Jugendpsychotherapie)
 Institut Münster
 Institut Tübingen

Teil 2: Angaben zur Person

2.1 Geschlecht: Herr / Frau

2.2 Name, Vorname: _____

2.3 Anschrift: _____

2.4 Telefon Festnetz: _____ / Mobil: _____

Wann sind Sie telefonisch erreichbar (9 Uhr -17 Uhr)? _____

Dürfen wir eine Nachricht auf der Mailbox / Anrufbeantworter hinterlassen nein ja

2.5 E-Mailadresse, die Sie regelmäßig abrufen: _____

2.6 Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen? nein ja

Wenn ja: wann? _____

neue Anschrift: _____

2.7 Geburtsdatum: _____

- 2.8 Familienstand: (Mehrfachangaben möglich)
- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ledig | <input type="radio"/> unverheiratet mit Partner/in zusammenlebend |
| <input type="radio"/> verheiratet | <input type="radio"/> feste Partnerbeziehung, aber in getrennten Haushalten lebend |
| <input type="radio"/> getrennt lebend | |
| <input type="radio"/> geschieden | |
| <input type="radio"/> verwitwet | |

- 2.9 Haben Sie Kinder? nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte Geschlecht und Geburtsdatum Ihrer Kinder an:

- 2.10 Ausbildung: (Mehrfachangaben möglich)
- | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> kein Schulabschluss | <input type="radio"/> Fachabitur |
| <input type="radio"/> Hauptschulabschluss | <input type="radio"/> Abitur |
| <input type="radio"/> Realschulabschluss | <input type="radio"/> abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium |

andere: _____

- 2.11 erlernter Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

- derzeitiger beruflicher Status:
- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> vollzeit | <input type="radio"/> Hausfrau /-mann |
| <input type="radio"/> teilzeit | <input type="radio"/> in Altersrente / Pension |
| <input type="radio"/> arbeitslos | <input type="radio"/> erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Dauer |
| <input type="radio"/> in Ausbildung | <input type="radio"/> erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Zeit |

sonstiges: _____

- 2.12 Sind Sie zurzeit krankgeschrieben/dienstunfähig? nein ja

- 2.13 Krankenkasse/Versicherung gesetzlich privat

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

nur für Privat-Versicherte: Beihilfe? nein ja

Handelt es sich um ein Berufsgenossenschaftsverfahren? nein ja

Teil 3: Problembeschreibung und bisherige Behandlungen

3.1 Bitte geben Sie nachfolgend Ihr Problem an, wegen dem Sie eine Behandlung wünschen:

3.2 Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem? _____

3.3 Angaben zu verschiedenen Problembereichen

Depression

Leiden Sie aktuell unter niedergeschlagener Stimmung und fehlendem Antrieb?

nein ja

Haben Sie Schlafstörungen?

nein ja

Haben Sie an sich bemerkt, dass Sie viel grübeln und insgesamt viele negative Gedanken haben?

nein ja

Panikstörung & Agoraphobie

Haben Sie es schon einmal erlebt, dass Sie einen Angstanfall hatten, bei dem Sie binnen weniger Minuten oder Sekunden in extreme Panik verfallen sind, die z.B. von dem Gefühl begleitet war, ohnmächtig zu werden, zu ersticken oder einen Herzinfarkt zu bekommen?

nein ja

Gibt es Orte oder Situationen (z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, sich in engen Räumen aufhalten), die Sie vermeiden, weil Sie befürchten, eine Panikattacke oder panikähnliche Symptome zu bekommen?

nein ja

Generalisierte Angststörung

Kennen Sie es von sich, dass Sie sich sehr viele Sorgen über verschiedenste Dinge machen und würden selbst sagen, dass Sie sich übermäßig stark sorgen?

nein ja

Würden Sie sagen, dass Ihre Sorgen teilweise Ihrer Kontrolle entgleiten?

nein ja

Zwangserkrankung

Leiden Sie unter immer wiederkehrenden aufdringlichen oder unsinnigen Gedanken, Impulsen oder Vorstellungsbildern, die Ihnen Angst oder Unwohlsein bereiten (so genannten „Zwangsgedanken“)?

nein ja

Kennen Sie es, dass Sie bestimmte Handlungen immer wieder ausführen müssen, wie z.B. kontrollieren, Hände waschen oder bestimmte gedankliche Handlungen wie zählen oder beten (so genannte „Zwangshandlungen“ oder „Rituale“)?

nein ja

Postrauematische Belastungsstörung

Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden, eine Katastrophe zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, sexuell bedrängt oder vergewaltigt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird oder zu hören, dass einer Ihnen nahestehenden Person etwas Derartiges zugestoßen ist.

Ist Ihnen jemals eines der o. g. Dinge widerfahren?

nein ja

Ist Ihnen jemals etwas anderes widerfahren, das Sie als Trauma bezeichnen würden?

nein ja

Falls ja: Kommt es vor, dass Sie das Trauma in Form von plötzlichen auftretenden Bildern oder Szenen wiedererleben, ohne dass Sie einen Einfluss hierauf haben?

nein ja

Essstörungen

Bitte geben Sie Ihr aktuelles Gewicht an:

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an:

Bemühen Sie aktiv darum, ein sehr niedriges Gewicht zu halten?

nein ja

Kommt es bei Ihnen zu Essanfällen, bei denen Sie binnen kurzer Zeit unverhältnismäßig viel essen?

nein ja

Erbrechen Sie sich infolge solcher Essanfälle?

nein ja

Alkohol

Beschreiben Sie bitte in einigen Stichpunkten, wie oft und wie viel Alkohol Sie konsumieren (z.B. „2-3 Gläser Wein pro Woche“):

Hat Ihnen schon einmal jemand mitgeteilt, dass Sie seiner Ansicht nach zu viel Alkohol trinken?
 nein ja

Sind Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon einmal in Probleme geraten, z.B. weil dadurch Konflikte mit Bezugspersonen entstanden sind oder Sie mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind?
 nein ja

3.4 Bisherige Behandlungen

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung? nein ja

Wenn ja, seit wann? Wo (Name, Adresse)?

Vergangene ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlungen:
Wann? Wo (Name, Adresse)?

Bisherige stationäre psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlungen
Wann? Wo (Name, Adresse)?

Sind Sie über die unter den Punkten 3.1-3.3 angegebenen Probleme hinaus schon einmal wegen einem anderen Problem behandelt worden?

nein ja

Falls ja, um welches Problem handelt es sich?

3.5 Medikamente:

Nehmen Sie aktuell Medikamente? nein ja

Wenn ja, welche?

3.6 Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch Ihr Problem belastet?

- sehr stark
- stark
- mittelmäßig
- wenig
- gar nicht

- 3.7 In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt? (Mehrfachangaben möglich)
- Partnerbeziehung
 - Familiensituation
 - Berufsausbildung/-ausübung
 - Freizeitbereich
 - Finanzielle Situation
 - Allgemeiner Bewegungsspielraum
 - Körperliche Gesundheit
 - Kontakte zu anderen Menschen
 - Sonstiges

- 3.8 Wie und durch wen sind Sie auf die Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie aufmerksam geworden?
-

Teil 4: Angaben zur körperlichen Gesundheit

- 4.1 Wann sind Sie das letzte Mal von einem Arzt gründlich untersucht worden?
-

- 4.2 Sind Sie schon einmal wegen einer oder mehreren der folgenden Probleme behandelt worden

- Asthma
 - Bauchspeicheldrüsenentzündung
 - Herzprobleme (welcher Art):
-

- Hormonelle Beschwerden (welcher Art):
-

- Hypertonie
 - Hypotonie
 - Kalziummangel
 - Kopfschmerzen
 - Leberschaden
 - Magen- oder Darmprobleme
 - Migräne
 - Neurologische Probleme
 - Schilddrüsenfunktionsstörungen
 - Stressbezogene Beschwerden (welcher Art):
-

- Übergewicht
- Untergewicht
- Sonstiges: _____

- 4.3 Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer Gesundheit?

nein ja

Wenn ja: Welcher Art sind diese Gesundheitsprobleme?

Seit wann haben Sie diese Probleme? _____

Haben die Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen? nein ja

4.4 Sind Sie schwanger? nein ja

wenn nein:
Planen Sie, in den nächsten sechs Monaten schwanger zu werden? nein ja

Gibt es sonst noch irgendetwas, das Ihnen wichtig erscheint, bisher aber noch nicht erwähnt wurde?

Ich interessiere mich für eine Behandlung in einem Institut der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie und bitte Sie, mich für ein persönliches Erstgespräch vorzumerken.

Datum: Unterschrift: