

Fragebogen zur Person

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Damit ermöglichen Sie uns einen ganzheitlichen Blick aus Sicht. Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden nicht an Dritte weitergereicht. **Bitte geben Sie uns zwecks Vereinfachung der Kontaktaufnahme und des Informationsaustauschs eine aktuelle Email Adresse an.** Da Sie Selbstzahler sind entfallen die Angaben zu Ihrer Krankenkasse.

Angaben zur Person

Name, Vorname:

Datum:

Geb. Datum:

Alter:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon Privat/Mobil:

Email:

Familienstand: Verheiratet Geschieden Ledig

Kinder:

Wenn gewünscht, wichtiger Ansprechpartner (in Notfällen):

.....
.....

Kontaktaufnahme erfolgte durch:

.....
.....

Waren oder sind Sie derzeit in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung * (Bitte ankreuzen)?

nein ja

Wenn ja: ambulant stationär

Wer ist der behandelnde Arzt/Psychiater (Bitte um Namen und Adresse):

.....
.....
.....
.....

Waren Sie wegen anderer psychischer Probleme in Behandlung (Bitte ankreuzen)?

nein ja

Wenn ja: ambulant stationär in: psychiatrisch psychotherapeutisch psychosomatisch

Grund der Behandlung:

Art der Behandlung:

Ergebnis der Behandlung:

Sonstige Behandlungen:

Sind Sie derzeit in psychiatrischer Behandlung im LVR-Klinikum Düsseldorf (Bitte ankreuzen)?

nein ja

Wenn ja: ambulant stationär in: psychiatrisch psychotherapeutisch psychosomatisch

Welche Medikamente (Name/Dosierung) nehmen Sie zurzeit ein:

.....
.....

*Bitte legen Sie Kopien von eventuellen Berichten bei!

Probleme, Beschwerden, Symptome

1. Bitte beschreiben Sie alle Probleme, die bei Ihnen zurzeit einen Leidensdruck auslösen und wie Sie dadurch in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt werden (Bitte in ganzen Sätzen):

.....
.....
.....
.....

2. Wann sind Ihnen diese Probleme zum ersten Mal aufgefallen?

.....
.....

3. Beschreiben Sie kurz, wie es zu den Beschwerden kam und wie sie sich entwickelt haben!

.....
.....

4. Hatten Sie früher schon ähnliche Probleme und wie alt waren Sie da? Alter: _____ Jahre
Beschreiben Sie diese Probleme!

.....
.....

5. Waren Sie wegen dieser Probleme schon mal in Behandlung (Bitte ankreuzen)?

nein

ja

Wenn ja:

ambulant

stationär psychiatrisch

psychotherapeutisch psychosomatisch

6. Leiden Sie unter körperlichen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, Bluthochdruck, Allergien o.a.)? Hatten Sie mal einen schweren Unfall?

Seit wann und gab es medizinische Eingriffe?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Wie kam es dazu, dass Sie sich gerade jetzt in psychotherapeutische Behandlung begeben haben?

.....
.....

8. Wie haben Sie bisher versucht, Ihre Probleme zu bewältigen? Beschreiben Sie bitte allgemeine Bewältigungsversuche wieder:

.....
.....

9. Haben Sie Vermutungen, wie Ihre Probleme entstanden sein könnten und womit sie zusammenhängen könnten?

.....
.....

10. Welche Erwartungen setzen Sie in die Therapie – was soll sich ändern?

.....

*Bitte legen Sie Kopien von eventuellen Berichten bei!

Ihre Herkunftsfamilie, Entwicklung, Schule, Ausbildung:

11. Gibt es bekannte Erkrankungen in Ihrer Familie und Herkunftsfamilie? Wenn ja Welche und seit wann (Bitte auflisten):

.....
.....

12. Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern und Geschwistern heute?

.....
.....

13. Bitte schildern Sie Ihren schulischen und beruflichen Werdegang in Stichworten!

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

14. Haben Sie Ihre Arbeitsstelle schon einmal gewechselt? Wenn ja, wann und aus welchen Gründen?

.....
.....

15. Haben Sie an einer Umschulungsmaßnahme des Arbeitsamtes teilgenommen? Wenn ja, wann und welche Maßnahme?

.....
.....

16. In welcher beruflichen Situation befinden Sie sich zurzeit?

.....
.....

17. Wie ist Ihr Verhältnis zu Vorgesetzten und Mitarbeitern? Gibt es Probleme bei der Arbeit?

.....
.....
.....

18. Haben Sie Freunde oder Verwandte, die Sie in Krisen unterstützen?

.....
.....
.....

Weitere wichtige Lebensereignisse

19. Führen Sie bitte alle für Sie wichtigen Ereignisse in Ihrem Leben auf, die von den vorhergehenden Fragen nicht erfasst wurden! (Bitte mit Angabe von Daten)

.....
.....
.....

*Bitte legen Sie Kopien von eventuellen Berichten bei!

.....
.....
.....

Stärken Ihrer Person

20. Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Person, die es Ihnen ermöglichen, mit Problemen bis zu einem gewissen Maß umzugehen?

.....
.....
.....

21. Welche Tätigkeiten und Beschäftigungen gehen Sie in Ihrer freien Zeit nach? Womit befassen Sie sich besonders gern und intensiv dabei?

.....
.....
.....
.....

22. An welchen Punkten können Sie zur Ruhe kommen und auftanken? Bitte beschreiben Sie eventuell entsprechende Situationen!

.....
.....
.....
.....

Datum, Ort:

Unterschrift: