



Name..... Datum.....

*Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!!!*

**Um mehr Zeit für die Gespräche zu haben, ist es sinnvoll Fragebögen zu nutzen. Sie dienen auch der Selbstreflektion,**

Der 1. Teil des Bogens wird zur ersten Stunde (evtl. vor dem Ersttermin downloaden, per email von mir erhalten, evtl. ausgefüllt in Briefkasten werfen), der 2. Teil spätestens zur 3. Stunde benötigt. Bogen 1 wird für die „Diagnostikphase“ benötigt. Andere Bögen dienen zur Unterstützung der „probatorischen“ Gespräche und werden hilfreich für einen notwendigen Therapieantrag sein. Zur 4./5. Stunde werden dafür auch weitere Fragebögen, besonders die Zielformulierungsbögen benötigt. In einem Extratermin vor der 3. Stunde werden meist spezifische Tests am PC in der Praxis durchgeführt.

Klingt nach Bürokratie? Nein, diese Bögen sollen auch die Selbstreflektion fördern und Sie daran gewöhnen, dass die Therapie hauptsächlich im Alltag stattfindet, nicht nur in den Therapiegesprächen. Außerdem bleibt so mehr Zeit für das eigentliche Gespräch.

Füllen Sie den Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse bitte ehrlich aus.

Nehmen Sie sich dafür ausreichend Zeit. Wenn Sie meinen, dass dafür keine Zeit sei, dann ist vermutlich auch keine Zeit für eine Therapie.

Wenn Sie bemerken, dass bestimmte Themen schwierig sind, dann kann dies bedeutsam sein, markieren Sie sich dies auf dem Bogen.

Besonders schwierige oder unangenehme Fragen (Traumatas) können Sie einfach mit einem Fragezeichen versehen und wir können im Verlauf stattdessen darüber sprechen!

Nutzen Sie auch gerne die Rückseite der Blätter.

Dr. Härtel-Petri



**Basisdaten:**

**Name:**.....

Geburtsdatum .....Alter:..... Krankenkasse.....

Adresse: .....

.....

Hausarzt

.....

**Aktuelle Beschwerden (Symptome):**

Schildern Sie mit Ihren eigenen Worten ihre wichtigsten **Symptome** und Probleme und wie lange Sie schon unter ihnen leiden (gerne Rückseite mitverwenden):

a)

.....

.....

b)

.....

.....

c)

.....

d)

.....

Schildern Sie kurz **wann** Ihre Beschwerden zum ersten Mal (in welcher Lebenssituation?) aufgetreten sind und wie diese sich bis heute weiterentwickelt (Verbesserung/Verschlechterung) haben (evtl. auch was Sie schon **selber** „geschafft“ haben) *Nutzen Sie gerne auch die Rückseite.:*

a)

.....

b)

.....

c)

.....



### Symptomcheckliste

Zutreffendes bitte ankreuzen Z.B. [ X ] Ja  Nein

*Füllen Sie auch diesen Teil des Fragebogens in Ihrem eigenen Interesse bitte möglichst ehrlich aus.*

*Vielen Dank*

Haben Sie Einschlafstörungen?  Ja  Nein

Haben Sie Durchschlafstörungen?  Ja  Nein

Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie?  Ja  Nein

Haben Sie  verminderten oder  vermehrten Appetit?  Ja  Nein

Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht abgenommen?  Ja  Nein

Haben Sie weniger Freude und Interessen?  Ja  Nein

Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos?  Ja  Nein

Zweifeln Sie an sich und haben Sie Angst zu versagen?  Ja  Nein

Können Sie sich schlechter konzentrieren?  Ja  Nein

Fühlen Sie sich langsamer als früher?  Ja  Nein

Fühlen Sie sich vermehrt nervös oder angespannt?  Ja  Nein

Grübeln Sie in letzter Zeit mehr?  Ja  Nein

Grübeln Sie so stark, dass Sie Schwierigkeiten haben einzuschlafen, durchzuschlafen, oder wachen morgens (zu früh) grübelnd auf?  Ja  Nein

Ist Ihre Stimmung morgens schlechter ?  Ja  Nein

Haben Sie in letzter Zeit öfter gedacht, dass Sie einfach nur Ruhe haben wollen, und sei es durch den Tod?  Ja  Nein

Haben Sie zuletzt öfter gedacht, dass es besser wäre, sie wären tot ?  Ja  Nein

Haben Sie in letzter Zeit über Pläne nachgedacht, wie Sie selber Ihr Leben beenden könnten?  Ja  Nein

Haben Sie konkrete Vorbereitungen für Ihren Tod getroffen?  Ja  Nein

Haben Sie in letzter Zeit gedacht, dass es besser für Ihre Familie wäre, sie wären tot?  Ja  Nein



**Leiden sie manchmal unter** (bitte ankreuzen falls zutreffend):

- Ohrgeräusche,  Schwindel,  „Ring um Kopf“,  Kopfschmerzen,  Druckgefühl,
- Luftnot,  Beklemmungsgefühle,  Herzrasen, Herzstolpern, Herzklopfen,  Schmerzen in der Brust,  Schweregefühl auf der Brust,  Kloßgefühl im Hals,  Übelkeit,
- Erbrechen,  Durchfälle,  Schwitzen,  Nervosität,  Unruhe,  Zittern und Beben,
- Magenschmerzen,  Rückenschmerzen,  vermehrte Menstruationsbeschwerden,
- Libidoverlust  sonstige Schmerzen  Gefühl verrückt zu werden?

Weiteres:.....  
.....

Haben Sie **allgemeine Ängste** (*Zukunftsängste, Sorgen um Familienangehörige, Krankheitsängste, Alleinsein?*)  Ja  Nein

Wenn ja, bitte beschreiben (Schon immer? /neu aufgetreten? – was können Sie deshalb nicht mehr tun, wie schränkt das ihr Leben, oder das der Angehörigen ein? (Rückseite nutzen)

.....  
.....

Haben Sie **Angstattacken** (Panikanfälle)? Haben Sie Zeiten und Situationen in denen Sie immer wieder „wie aus heiterem Himmel“ ganz plötzlich und „unvorhersehbar“ einen Ansturm intensiver Angst / Todesangst/ Angst ohnmächtig-verrückt zu werden haben?  Ja  Nein

Wenn ja, welche körperlichen **Symptome** dabei:  Herzrasen  Atemnot, Erstickungsgefühl,  Schwitzen,  Beklemmungsgefühl  Schmerzen in Brust,  Übelkeit/Darmbeschwerden,  Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen,  Gefühl neben sich zu stehen  Angst ohnmächtig zu werden  Gefühl/Furcht zu sterben/Herzinfarkt zu haben  Gefühl/Furcht verrückt zu werden oder die Kontrolle über sich zu verlieren

Wenn ja, bitte beschreiben – was können Sie deshalb nicht mehr tun, was (Orte, Situationen) müssen Sie deshalb vermeiden (**Rückseite** nutzen)

.....



Haben Sie **spezifische Ängste** d.h. **Phobien** (vor Spinnen, engen Räume, Höhenangst, oder Unwohlsein in vollem Bus, auf Plätzen etc.?)  Ja  Nein

Wenn ja, bitte beschreiben. Was können Sie deshalb nicht mehr tun, was „müssen“ Sie deshalb vermeiden (Rückseite nutzen)

.....

Leiden Sie unter **Zwangsgedanken** oder **Zwangshandlungen**?  Ja  Nein

- Müssen Sie Dinge (Schalter, Wasserhähne Handbremse Auto, Türen etc.), zeitintensiv immer wieder kontrollieren,  Ja  Nein
- Haben Sie Ängste wegen Keimen, vor Vergiftung o.ä., oder müssen Sie sich oft oder besonders zeitaufwändig waschen, Haushalt reinigen o.ä..  Ja  Nein
- Müssen Sie spezielle Routinehandlungen einhalten (Stuhl rücken, Dinge ausrichten oder Gegenstände Zählen) ehe sie anderes tun können?  Ja  Nein
- Haben Sie „unsinnige“ Gedanken (Vorstellungen, sich aufdrängende, inakzeptable eigene Gedanken) die Sie quälen und die Sie nicht loswerden?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte jeweils genauer beschreiben. Was können Sie deshalb nicht mehr tun, was müssen Sie deshalb vermeiden, was geschieht/könnte geschehen wenn Sie Zwangsritual, Zwangshandlung nicht ausführen (**Rückseite** nutzen)

.....

Gab es **früher** Phasen, wo sie **hoffnungslos** / deprimiert waren?  Ja  Nein

(bitte kurz beschreiben und erläutern wie Sie da „raus gekommen sind“ Rückseite nutzen)

.....

Haben Sie je versucht sich das Leben zu nehmen?  Ja  Nein. Wann, wie?

.....

Waren sie schon mal in ihrem Leben (außer bei Verliebtheit) über **längere Zeit** sehr **umtriebig, aufgedreht, gehobener Stimmung**, wo ihnen alles von der Hand ging, Sie kaum Schlaf brauchten, evtl. unvernünftige Dinge getan haben?  Ja  Nein

.....



Haben Sie in letzter Zeit die „**Kontrolle über sich verloren**“ (z. B. massive Wutanfälle, untröstbar geweint oder sich aggressiv verhalten?).  Ja  Nein Wenn ja, beschreiben Sie bitte:

.....

**Weshalb kommen Sie gerade jetzt und nicht schon vor Jahren/Monaten oder erst in einem Jahr?**

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

Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Psychotherapie hingewiesen?

- Hausarzt  Beratungsstelle,  Partner,  Eltern,  Freunde,  Selber gewusst,  
 Sonstige:.....

Ist Ihr Partner darüber informiert, dass Sie psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen?  Ja  Nein

.....

Haben Sie **schon mal** eine über die Krankenkasse finanzierte **ambulante Psychotherapie** gemacht?  Nein,  Ja, mehr als 5 Jahre her,  Ja, mehr als 2 Jahre her,  Ja, in letzten 2 Jahren,  aktuell bei \_\_\_\_\_

Führen Sie diejenigen **Situation** (und Orte/Musik) auf, in denen Sie sich selber beruhigen oder entspannen können, „**die Ihnen besonders gut tun**“:

.....  
.....



Gab es in Ihrem bisherigen Leben **ernste Erkrankungen** oder auch Operationen, wenn ja, nennen Sie diese bitte:

.....  
.....

**Allergien, Unverträglichkeiten?**  Ja,  Nein    gegen:

.....

Aktuelle körperliche Erkrankungen?  Ja,  Nein :

.....  
.....

**Vorbehandlungen:**

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein (Dosierung), auch somatische Medikamente wie Blutdrucktabletten, Schlaftabletten, Schmerzmittel etc.?

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

Welche **Medikamente** nehmen Sie für die psychischen Problem ein (welche waren hilfreich, wie lange, immer noch, welche wirksam aber mit (welchen) Nebenwirkungen, welche eher unangenehm und kaum hilfreich)?

.....  
.....



**Formale Vorbehandlungen** für Ihre seelischen Probleme **ambulant**:  Nein

bisher „nur“ Hausarztgespräche  Beratungsgespräche bei.....

Therapie Ja, bei.....von .....  
bis.....

es handelte sich um.....  allgemeine Gespräche  Nur Medikation,  Eine formale  
Psychotherapie, diese war  tiefpsychologisch  verhaltenstherapeutisch.

Anderes Verfahren: .....

Ergebnis.....

**Psychotherapie/Gespräche ambulant**

bei .....von ..... bis.....

es handelte sich um  allgemeine Gespräche  Nur Medikation,  Eine formale  
Psychotherapie, diese war  tiefpsychologisch  verhaltenstherapeutisch.

Anderes Verfahren: .....

Ergebnis.....

**Sowie**

bei .....von ..... bis.....

es handelte sich um  allgemeine Gespräche  Nur Medikation,  Eine formale  
Psychotherapie, diese war  tiefpsychologisch  verhaltenstherapeutisch.

Anderes Verfahren: .....

Ergebnis.....

**Krankenhaus-Vorbehandlungen** für Ihre seelischen Probleme **stationär**

(Psychiatrie, Psychosomatik, Kur):  Nein,  Ja,

in .....von ..... bis.....

Ergebnis:.....Dauer der Besserung.....

**Therapie danach ambulant weitergeführt?**  Nein  Ja

Wenn nein, warum nicht?

.....





Haben Sie Arztbriefe? Wo können diese von Ihnen besorgt werden, wo durch mich angefordert werden?.....

Weitere **Stationäre** Behandlung In

.....von ..... bis.....

Ergebnis:.....Dauer der Besserung.....

Therapie danach ambulant weitergeführt?  Nein  Ja

Haben Sie Arztbriefe? Wo können diese von Ihnen besorgt werden, wo durch mich angefordert werden?.....

Haben Sie Erfahrung mit....

Autogenem Training?  Nein  Ja, hilfreich,  Ja, nicht hilfreich  Ja, aktiv nutzend

Muskelentspannung/Jacobson?  Nein  Ja, hilfreich,  Ja, nicht hilfreich  Ja, aktiv nutzend

Achtsamkeitstraining?  Nein  Ja, hilfreich,  Ja, nicht hilfreich  Ja, aktiv nutzend

Yoga o.ä?  Nein  Ja, hilfreich,  Ja, nicht hilfreich  Ja, aktiv nutzend

Nutzen Sie Beratungsstellen (Familienberatung, Psychosoziale Beratungsstelle, sozialpsychiatrischen Dienst (SPDI) etc?  Ja,  Nein welche?.....

Besuchen Sie Selbsthilfegruppen?  Ja,  Nein welche?.....

Nutzen Sie Onlineangebote/Foren zu ihrer Erkrankung?  Ja,  Nein: -welche?.....

Sonstige Hilfen (Heilpraktiker)  Ja,  Nein Ja, welche?.....

Sonstige Hilfen (allgemeine Seelsorge, )  Ja,  Nein Ja, welche?.....



**Suchtmittel und Verhaltensüchte:**

Rauchen Sie, wenn ja wie viel?  Nein  Nein, nicht mehr seit.....Jahren  Ja,

.....  
Haben Sie Erfahrungen mit Drogen, wenn ja mit welchen?  Ja,  Nein wann, wie lange.....

.....  
Haben Sie Probleme mit Drogen?  Ja,  Nein

.....  
Haben Sie in den letzten 30 Tagen Drogen genommen?  Ja,  Nein wenn ja, welche.....

Haben Sie Probleme mit Alkohol?  Ja,  Nein

Waren Sie in den letzten 30 Tagen beschwipst?  Ja,  Nein

Waren Sie in den letzten 30 Tagen betrunken?  Ja,  Nein

Wann haben Sie zuletzt alkoholische Getränke zu sich genommen?

heute,  gestern,  > 2 Tage ,  > 5 Tage ,  >1 Woche,  noch länger,  lebe abstinent,  lebe abstinent nach manifester Abhängigkeit[ ]

Wieviel haben Sie bei der letzten Trinkgelegenheit getrunken?

.....  
Hat Ihnen schon jemand geraten mit dem Trinken aufzuhören?  Ja,  Nein

Nervt es Sie, wenn jemand Ihnen Ihren Alkoholkonsum vorwirft?  Ja,  Nein

Benötigen Sie manchmal ein alkoholisches Getränk um am Morgen besser „in die Gänge zu kommen“  Ja,  Nein

Haben Sie öfter morgens oder schon bei der Arbeit getrunken?  Ja,  Nein

Waren Sie morgens verkatert?  Ja,  Nein

Sind Sie in letzter Zeit der Schule oder der Arbeit ferngeblieben, weil Sie am Abend vorher getrunken hatten?  Ja,  Nein

Haben Sie manchmal Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums?  Ja,  Nein

Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, weil Sie getrunken haben?  Ja,  Nein

Sind Sie schon einmal Auto gefahren, nachdem Sie einige Gläser Alkohol getrunken hatten?  Ja,  Nein

Haben Sie schon versucht den Alkoholkonsum zu reduzieren?  Ja,  Nein



Nehmen Sie **Benzodiazepine** (Schlaftabletten/Beruhigungsmittel wie Tavor, Diazepam, Bromazepam) oder andere Substanzen zum Schlafen oder gegen Ängste ein?  Ja,  Nein .....

Abhängigkeit?  Ja,  Nein

.....  
Nehmen Sie **opioidhaltige Schmerzmittel** (Tramal, Valoron, Fentanyl) oder andere Substanzen regelmäßig ein?  Ja,  Nein Abhängigkeit?  Ja,  Nein

.....  
**Kaufen** Sie „zu viel“ ein (Geschäfte, ebay, Amazon etc.) ?  Ja,  Nein .....

Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit **Spielotheken** oder anderem **Glücksspiel**? ...(auch online)  Ja,  Nein.....

.....  
Haben Sie Schwierigkeiten ihren Umgang mit **Medien** zu begrenzen?  Ja,  Nein

.....  
Haben Sie Schwierigkeiten mit der Dauer Ihres **Computergebrauchs**?  Ja,  Nein

.....  
Haben Sie **Probleme** mit der Kontrolle der Dauer und Intensität der Nutzung der „**sozialen**“ **Onlinenetzwerke** (Facebook etc)  Ja,  Nein .....

Haben Sie Probleme mit der der Dauer Ihres „**Computerspiels**“  Ja,  Nein .....

Stationäre Spiele... Ja

welche.....

Onlinespiele..... Ja

welche.....

Eher Onlinespiele wie WOW , second life?  Ja,  Nein .....

Oder eher Online-Glücksspiele wie Poker  Ja,  Nein .....

Andere:.....



Haben Sie Probleme mit der Kontrolle der Dauer Ihres „Konsolenspiels“ / „Handyspiels“?  Ja,  Nein .....

Gibt es **Konflikte** mit Angehörigen wegen der Dauer Ihres **Medienkonsums** (TV, PC, Handy, Spiele)  Ja,  Nein .mit:.....

Hätten Sie Schwierigkeiten **privat** auf das Internet zu verzichten?  Ja,  Nein

Hätten Sie Schwierigkeiten **privat** auf Ihr Smartphone (außer für berufliche Tätigkeiten und Adressverwaltung) zu verzichten?  Ja,  Nein

Haben Sie Schwierigkeiten mit **Internetpornografie**?  Ja,  Nein

Halten Sie sich für **Sexsüchtig**?  Ja,  Nein

.....

Halten Sie sich für **Arbeitssüchtig**?  Ja,  Nein

.....

Andere *mögliche* Verhaltenssüchte?  Ja,  Nein .....

.....

Haben Sie Schulden (oder andere soziale Folgeschäden) wegen dieser Verhaltenssüchte?  Ja,  Nein

.....

.....



Sind Sie zufrieden mit Ihrem Aussehen, Körperbild  Ja,  Nein,  weder noch

.....

Gewicht:.....kg.....Größe.....cm BMI: .....

**Essen** sie öfters (zu) große Mengen an Lebensmitteln?  Ja,  Nein

.....

Haben Sie Schwierigkeiten ihre Ess-Mengen zu kontrollieren?  Ja,  Nein

.....

Nehmen Sie Abführmittel zur **Gewichtskontrolle** oder bringen Sie sich selbst zum Erbrechen?  Ja,  Nein (wenn Erbrechen, bitte Gefühle dabei/danach und Abläufe beschreiben)

.....

.....  
Fasten Sie öfter, haben Sie **Gewichtsschwankungen** oder treiben sie extrem viel Sport?  Ja,  Nein

.....

Machen Sie **gegenwärtig** eine Diät, besondere Ernährungsform?  Ja,  Nein

.....

Nehmen Sie Medikamente/Ergänzungsstoffe zur Unterstützung ein?  Ja,  Nein

.....

Hatten Sie in der Jugend oder später Phasen mit Essstörungen?  Ja,  Nein

.....



**Allgemeine Daten**

**Ihre Telefon- Nr. für mögliche Terminabsagen meinerseits:**

**Festnetz:**..... **Mobil:**.....

Sind die evtl. meinen Anruf annehmenden Personen informiert, dass Sie bei mir in  
Behandlung sind?  Ja  Nein

Rezeptgebühr befreit?  ja  nein

**Familienstand:**

- Verheiratet  getrennt lebend  zusammenlebend,  eheähnliche Gemeinschaft,
- geschieden\_\_\_\_\_mal,  wiederverheiratet,  Single,  aktuell Alleinstehend,
- Kinder..... (mit Alter und Geschlecht)
- Kinder..... (mit Alter und Geschlecht)
- Kinder.....
- heterosexuell,  homosexuell,  bisexuell,  k.Angabe auf Fragebogen

Höchster erreichter **Schulabschluss:**

- noch in Schule,  kein Schulabschluss,  besondere Schulform mit Abschluss,
- Haupt- Volksschule,  Quali,  Realschule/Mittl. Reife,  Polytechnische
- Oberschule,  Abitur/Fachabitur,  sonstiges

Höchster **Berufsabschluss**/Hochschulabschluss:

.....

Ursprüngliche **Ausbildung** (wenn spätere Qualifizierung):

.....

noch/wieder in Ausbildung/Studium?:.....

Erlerner Beruf:.....

Zur Zeit **erwerbstätig**?  Ja  Nein:  Elternzeit,  Arbeitslos,  ALG,  ALG 2,

Familienpflege,  sonstiges:.....



Sind Sie **gegenwärtig** „arbeitsunfähig“ krankgeschrieben,  Nein,

Ja , aktuell seit \_\_\_\_\_Wochen

weswegen?

.....

Durch wen?

.....

Arbeitsunfähigkeit „AU“ in letzten 12 Monaten

keine

unter 3 Monaten

3-6 Monate

mehr als 6 Monate

weswegen?

.....

Durch wen?

.....

Sind Sie zurzeit berentet?  Nein,  Ja wenn ja seit wann?, wie lange noch ? und

weswegen?

.....

.....

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?  Nein,  Ja: Seit wann und weswegen?

.....

Ist ein Rentenersuchen Ihrerseits, oder ein Schwerbehinderungsantrag Grund für den Kontakt mit mir?  Nein,  Ja, weil.....

.....



**Jetzige ausgeübte Tätigkeit- Tätigkeiten** (auch nicht formal entlohnte wie „Hausfrau/Hausmann“) .....

.....

wöchentliche Arbeitszeit .....Stunden

Tätigkeit:  eher körperlich,  eher geistig,

Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden ?  Ja  Nein (wenn nicht, in welcher Beziehung sind sie dann unzufrieden ?)

.....

besondere Arbeitsbelastungen ?:

wechselnde Einsatzorte  Schichtarbeit  andere Belastungsfaktoren: .....

.....

schlechtes Betriebsklima: .....

zusätzl. Pflege Angehöriger: .....

„Doppelbelastungen“: .....

**Verdienst:**.....€/Monat (*freiwillige Angabe*) Ausreichend ?  Ja  Nein

Sonstige finanzielle Sorgen?.....

Problematische Schulden ?:.....

**Aktuelle Belastungen, Trennungen, Kränkungen, Todesfälle?**  **Nein**

Ja, nämlich:

.....

.....

Vielen Dank.