



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 Erstermin 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 verminderter 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, schwermüdig, 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:.....

Gibt es Auffälligkeiten beim Schlaf? **Schnarchen**? „beschwert“ sich Ihre

Smartwatch? Ja Nein.....

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

.....
.....

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 Verhaltenssüchte:

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 abstinenter, lebe abstinenter 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

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

Medienprobleme????

Haben **Sie** allgemein das Gefühl, **Schwierigkeiten** im Umgang mit **Medien** zu haben (eigentlich **zu viel Zeit** damit zu verbringen)? Ja, Nein

Welche? TV/youtube/recherchieren/Streaming/soz Netzwerke/Gaming/Welche apps?.....

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

Wenn eine der beiden Fragen = ja: bitte präzisieren

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 welche.....

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

(Evtl. bitte **JETZT**, beim Ausfüllen mal checken: Was sagt ihr Smartphone/PC über IHRE Mediennutzung...., wieviel Stunden gestern? pro Tag in letzter Woche?) _____

Probleme: **Konsolen** Spiele... Ja welche.....

Onlinespiele..... Ja welche.....

Wenn ja, Eher Onlinespiele wie WOW , etc.? Ja, - welche.....

Andere:.....



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

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

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

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

Andere mögliche Verhaltenssüchte? Ja, Nein

Haben Sie Schulden (oder andere **soziale Folgeschäden**) wegen o.G.

Verhaltenssüchten? Ja, Nein

Beginn relevanter Medienkonsum?

Ab welchem **Alter** „durften“ Sie Bildschirmmedien (wie lange/h) nutzen? (evtl. Eltern fragen?):

	Alleine	Rel. Viel/(h) ab	Unkontrolliert/h	Streits mit Eltern /h
TV/Fernseher		ab mit :__h	ab mit :__h	ab bei :__ h
Nintendo o.ä		ab mit :__h	ab mit :__h	ab bei :__ h
Playstation o.ä		ab mit :__h	ab mit :__h	ab bei :__ h
Handy (Klapp o.ä.)		ab mit :__h	ab mit :__h	ab bei :__ h
Handy/Smartphone		ab mit :__h	ab mit :__h	ab bei :__ h
Tablet		ab mit :__h	ab mit :__h	ab bei :__ h
PC		ab mit :__h	ab mit :__h	ab bei :__ h

Woanders kein Platz...deshalb hier

Gibt es in **Grundschulzeugnissen** Hinweise auf „Unkonzentriertheit/Zappeligkeit“?
ADHS?

Ja, Nein : wenn **ja**, bitte Zeugnisse mal mitbringen....



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?:.....

Erlernter 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 ArbeitszeitStunden

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.