

Liebe/r Ratsuchende/r!

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung unserer Gespräche. Indem Sie ihn vollständig, sorgfältig und ehrlich ausfüllen, können wir unsere Gesprächszeit gezielt für die für Sie bedeutsamen Themenbereiche nutzen.

Selbstverständlich wird alles was Sie schreiben absolut vertraulich behandelt. Bitte überprüfen Sie nach dem Ausfüllen des Bogens, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Wenn Sie bei bestimmten Fragen unsicher sind oder die Frage Ihnen unangenehm ist, markieren Sie diese gerne mit einem Fragezeichen. Im Gespräch können wir dann darauf zurückkommen. Sie haben immer die Möglichkeit zusätzlich zu den vorgegebenen Punkten die Antwort schriftlich weiter auszuführen. Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Blätter mit Ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen.

Herzlichen Dank!

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname

Schulabschluss

Erlerner Beruf

Derzeitiger Beruf/ Tätigkeit

Arbeitgeber / seit

Arbeitsstunden/Woche

Sind Sie derzeit

krank geschrieben?

berentet?

Seit wann?

Andere derzeitige

Maßnahme (z.B. Reha,
Wiedereingliederung, ...)

Bei wem (Name/Ort)?

Zeitraum/Dauer?

2. Aktuelle Beschwerden - allgemein: Unterstreichen oder markieren Sie bitte, welche der folgenden Beschreibungen aktuell auf Sie zutreffen:

depressive Verstimmungen - Rededrang - Angst in Menschenmengen - überaktiv - immer fröhlich - oft den Tränen nahe - sorglos - kein Interesse/keine Freude an Aktivitäten - die Ärzte wissen nicht, woran ich leide - rastlos - antriebslos - Angst das Haus zu verlassen - manchmal nehme ich meine Umgebung als leblos wahr - Angst zu reisen - sehr schnell ablenkbar - schwermütig - ich habe das Gefühl „neben mir zu stehen“ - die Ärzte nehmen meine Beschwerden nicht ernst - mein Körper ist mir fremd - unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen - Angst sich zu blamieren - manchmal habe ich das Gefühl, meine Umgebung sei unwirklich - grübeln - emotionale Taubheit - unruhig - Selbstmordgedanken - plötzliche Angstanfälle ohne Grund - Selbstmordversuche - dauerhafte Angst - mir drängen sich Handlungen auf, die ich ausführen muss - hoffnungslos - müde - kraftlos - fühle mich wertlos - meine Gefühle kommen mir oft fremd vor - ich kann mich oft nur schwer an Dinge erinnern - ständig nervös - starke Schuldgefühle - mir drängen sich Gedanken auf, die ich ausführen muss - Konzentrationsprobleme - sehe Dinge/höre Stimmen die andere nicht sehen/hören - plötzlicher Gedankenabriss - kann mich oft nicht entscheiden - Angst zu sterben - Selbstzweifel - innere Anspannung - geringere Merkfähigkeit - Auffassungsstörung - ratlos - gereizt

Aktuelle Beschwerden - körperlich:

Herzrasen - Schmerzen in der Brust - Schlaflosigkeit - Morgentief - Schmerzen im Rücken/ in den Schultern/im Nacken - Gewichtszunahme - Erstickungsgefühle - Druckgefühl - Schwindel - Magenbeschwerden - Kopfschmerzen - Ohrgeräusche - erhöhte Muskelspannung - meine Haut juckt/brennt/fühlt sich taub an - Gewichtsverlust - Oberbauchbeschwerden - Herzklopfen - Engegefühl in der Brust - vermehrter Schlaf - Zittern - Schweißausbrüche - Taubheitsgefühle - Ein-/Durchschlafschlafstörungen - Kribbeln - Übelkeit - Benommenheit - Appetit mehr/weniger - Frühmorgendliches Erwachen bei gleichzeitiger Müdigkeit - Atembeschwerden

Aktuelle Beschwerden - Sonstiges: (Ergänzen Sie was Ihnen noch wichtig ist / in der vorigen Auflistung gefehlt hat)

3. Weitere Angaben zu den Beschwerden

Seit wann (ungefähr) bestehen die Beschwerden/Probleme?

Gab es im gleichen Zeitraum als die Beschwerden/Probleme auftraten andere schwierige Lebensumstände?
(Verlust eines lieben Menschen, Berufswechsel, schwere Niederlagen, ...)

Welche Untersuchungen wurden aufgrund Ihrer Beschwerden bereits durchgeführt?

Welche Diagnose wurde daraufhin erstellt?

Haben Sie schon einmal Psychotherapie oder ähnliche Angebote in Anspruch genommen?

Wenn ja, bitte Jahr/Dauer/Therapiegrund/Therapieform angeben

4. Persönliche Einschätzung der Einschränkung

Bitte kreuzen Sie auf der Linie an: Wie sehr fühlen Sie sich in folgenden Lebensbereichen durch Ihrer Beschwerden/Probleme eingeschränkt?

	Keine Beeinträchtigung	Sehr starke Beeinträchtigung	Betrifft mich nicht
Arbeit/ Ausbildung	<hr/>		<input type="checkbox"/>
Haushalt/ Alltagserledigungen	<hr/>		<input type="checkbox"/>
Familienleben/ Partnerschaft	<hr/>		<input type="checkbox"/>
Kontakt zu Freunden	<hr/>		<input type="checkbox"/>
Freizeit	<hr/>		<input type="checkbox"/>
Körperliche Leistungsfähigkeit	<hr/>		<input type="checkbox"/>

5. Umgang mit der Situation

Wie gehen Sie mit Ihrer Krankheit/Situation um? Was möchten Sie verändern?

Wie schöpfen Sie Kraft, wenn es Ihnen schlecht geht? Wie helfen Sie sich bereits selbst?

Wen gibt es heute, der/die Ihnen zur Seite steht und Sie unterstützt?

Was gefällt Ihnen derzeit an Ihrem Leben? Was mögen Sie an sich selbst?

Was fehlt Ihnen in Ihrem Leben?

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

6. Arbeit / Beruf / Hobby

Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen, warum gerade diese?

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend?

Welche Hobbies üben Sie aus? Wie häufig?

7. Lebenssituation

Jetzige Wohnsituation: Leben Sie allein oder in einer Lebens-/Wohngemeinschaft?

Wenn Sie in einer festen Partnerschaft stehen: beschreiben Sie bitte kurz Ihre/n Partner/in (Beruf, Alter, Eigenschaften)

Wie erleben Sie ihre momentane Partnerschaft/Ehe?

Haben Sie Kinder, wie alt sind sie, gibt es hier Probleme oder hatten sie welche?

8. Herkunftsfamilie / Biografie

Beschreiben Sie kurz ihre Eltern, welche Eigenschaften hatten sie? Was haben sie beruflich gemacht? Leben sie noch oder wann und woran sind sie gestorben?

Vater:

Mutter:

Welche Beziehung hatten Sie zu ihren Eltern, haben Sie sich geliebt gefühlt?

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern? (Regeln, Belohnungen, Bestrafungen, Freiheiten)

Wie war die Familienatmosphäre? Gab es so etwas wie ein „Familienmotto“?
(z.B. „Einer für alle, alle für einen“ oder „Erst die Arbeit dann das Vergnügen“ oder ...)

Anamnesebogen

Wurden Sie religiös erzogen? Glauben Sie an Gott?

Wie viele Geschwister haben Sie, mit welchem Altersunterschied?

Wie war das Verhältnis unter den Geschwistern, welche Stellung hatten Sie?

Wie waren Sie als Kind? Beschreiben Sie sich kurz

Hatten Sie gute Kontakte zu anderen Kindern, oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

Wie war Ihre schulische Entwicklung, gab es Schwierigkeiten?

9. Erkrankungen / Ereignisse

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank oder hatten sie Probleme?

Gab es besonders schwerwiegende Lebensereignisse in Ihrer Kindheit? (Scheidung der Eltern, Krankenhaus-/Kuraufenthalte, Umzug, ...)

Gab es in Ihrer Kindheit psychisch bedingte Probleme wie z.B. Bettnässen, Stottern, Ängste oder ähnliches?

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ernste Erkrankungen, Unfälle oder auch Operationen? Wenn ja, nennen Sie diese bitte (wenn möglich, mit Angabe des betreffenden Jahres).

10. Konsumverhalten

Haben Sie Erfahrungen mit Drogen? Wenn ja, mit welchen?

Beschreiben Sie bitte kurz Ihren derzeitigen Alkoholkonsum

Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Essmengen zu kontrollieren? Wenn ja, bitte kurze Erläuterung

11. Behandlung / Medikation

Sind Sie aktuell in sonstiger Behandlung? (ärztlich, psychotherapeutisch, physiotherapeutisch, homöopathisch,...) Wenn ja, für welche Behandlung und bei wem? (Name und Adresse)

Welche Medikamente nehmen Sie ein und in welcher Dosis?

Fühlen Sie sich durch die Medikamenteneinnahme eingeschränkt? Wenn ja, durch welche und wie?

12. Ziele / Sonstiges

Was wollen Sie in der Gesprächstherapie für sich erreichen?

Möchten Sie mir sonst noch etwas mitteilen?

Durch wen bzw. wie wurden Sie auf mich aufmerksam?