

PAT:

Eingangsfragebogen

Stand:30.11.2010

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen 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 zutreffende der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben. Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben an unsere Anschrift zurück. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

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:

Institutswunsch

die Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie hat Institutsambulanzen in Bielefeld, Bremen, Düsseldorf, Köln (nur Kinder- und Jugendpsychotherapie), Münster und Tübingen. Bitte geben Sie nachfolgend Ihren Institutswunsch an:

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

Teil 1: Angaben zur Person

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Heutiges Datum: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon fest: _____ mobil: _____

Wann zwischen 9 Uhr
17 Uhr sind Sie am
besten telefonisch
erreichbar? _____

Emailadresse _____

Planen Sie, in
nächster Zeit
umzuziehen? nein ja

Wenn ja: wann? _____

neue Anschrift: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

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"/> zum zweiten Mal oder öfter verheiratet	<input type="radio"/> keine feste Partnerbeziehung, aber sexuelle Kontakte
<input type="radio"/> getrennt lebend	<input type="radio"/> weder feste Partnerschaft noch sexuelle Kontakte
<input type="radio"/> geschieden	
<input type="radio"/> verwitwet	

Haben Sie Kinder? nein ja

Wenn ja, geben Sie
bitte Geschlecht
und Geburtsdatum
jedes Kindes an: _____

Teil 2: Problembeschreibung und bisherige Behandlungen

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

2.2 Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem?

2.3 Waren Sie wegen diesem Problem schon in medizinischer oder psychologischer Behandlung? (Gemeint sind sowohl ambulante Behandlungen bei einem Arzt oder Psychologen als auch stationäre Behandlungen in einer Klinik.)

nein

ja

Falls ja, wo und wann waren Sie in Behandlung?

Ambulante Psychotherapien:

wo? _____

wann? _____

wo? _____

wann? _____

wo? _____

wann? _____

Stationäre Psychotherapien:

wo? _____

wann? _____

wo? _____

wann? _____

wo? _____

wann? _____

Ambulante medizinische Behandlungen:

wo? _____

wann? _____

wo? _____

wann? _____

wo? _____

wann? _____

wo? _____

wann? _____

2.4 Wie stark fühlen Sie sich zur Zeit durch Ihr Problem belastet?

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

2.5 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:

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

2.7 Sind Sie über die unter Punkt 2.1 genannten Probleme hinaus schon einmal wegen einem oder mehreren der folgenden Probleme behandelt worden?

- Depression
- Ängste
- Essprobleme
- andere psychische Störungen (welcher Art):

-
- prämenstruelle Beschwerden
 - hormonale Beschwerden im Zusammenhang mit Geburt
 - andere hormonelle Beschwerden
 - Alkohol- und Drogenprobleme
 - Verdauungsstörungen
 - stressbezogene Beschwerden (z.B. Magengeschwür, Bluthochdruck): welcher Art:

-
- Herzprobleme (welcher Art):

-
- nervöse Störungen
 - Schilddrüsenfunktionsstörungen
 - Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)
 - Asthma
 - Migräne
 - andere Kopfschmerzen
 - Epilepsie
 - neurologische Probleme
 - niedriger Blutdruck
 - Kalziummangel
 - Leberschaden
 - Magen- oder Darmprobleme
 - Bauchspeicheldrüsenentzündung
 - Untergewicht
 - Übergewicht
 - Sonstiges:
-

Teil 3: Angaben zur Gesundheit

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

3.2 Haben Sie zur Zeit 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

3.4 Nur für Frauen:
Sind Sie schwanger?

nein

ja

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

nein

ja

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens. Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Senden Sie dann den Fragebogen an die

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

Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.