

## Hinweis zum Eingangsfragebogen

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer Person und 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 zutreffenden Antwortmöglichkeiten an. Sie können weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben.

Bitte senden Sie den Fragebogen an das gewünschte Institut.

Christoph-Dornier-Stiftung  
für Klinische Psychologie  
**Institut Bielefeld**  
Morgenbreede 2-4  
D-33615 Bielefeld

Christoph-Dornier-Stiftung  
für Klinische Psychologie  
**Institut Bremen**  
Grazer Straße 2b  
D-28359 Bremen

Christoph-Dornier-Stiftung  
für Klinische Psychologie  
**Institut Münster**  
Schorlemerstr. 26  
D- 48143 Münster

Christoph-Dornier-Stiftung  
für Klinische Psychologie  
**Institut Tübingen**  
Silcherstraße 5  
D-72076 Tübingen

**Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Hierzu finden Sie in unseren Ambulanzen die Patienteninformation zum Datenschutz, der Sie entnehmen können, wie Ihre Daten verarbeitet werden. Nach der Auswertung des Fragebogens werden wir uns bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.**

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

# Eingangsfragebogen

PAT:

## Teil 1: Institutswunsch

- 1.1  Institut Bielefeld  
 Institut Bremen  
 Institut Münster  
 Institut Tübingen

## Teil 2: Angaben zur Person

2.1 Geschlecht:  Herr /  Frau

2.2 Name, Vorname: \_\_\_\_\_

2.3 Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4 Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_ / Mobil: \_\_\_\_\_

Wann sind Sie telefonisch erreichbar (9 Uhr -17 Uhr)? \_\_\_\_\_

Dürfen wir eine Nachricht auf der Mailbox / Anrufbeantworter hinterlassen  nein  ja

2.5 E-Mailadresse, die Sie regelmäßig abrufen: \_\_\_\_\_

2.6 Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen?  nein  ja

Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_

neue Anschrift: \_\_\_\_\_

2.7 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

- 2.8 Familienstand:  ledig  unverheiratet mit Partner/in zusammenlebend  
 (Mehrfachangaben  verheiratet  feste Partnerbeziehung, aber in getrennten  
 möglich)  getrennt lebend Haushalten lebend  
 geschieden  
 verwitwet

- 2.9 Haben Sie Kinder?  nein  ja

Wenn ja, geben Sie bitte Geschlecht und Geburtsdatum Ihrer Kinder an:

---



---

- 2.10 Ausbildung:  kein Schulabschluss  Fachabitur  
 (Mehrfachangaben  Hauptschulabschluss  Abitur  
 möglich)  Realschulabschluss  abgeschlossenes Fachhochschul- oder  
 Hochschulstudium

andere: \_\_\_\_\_

- 2.11 erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

- derzeitiger beruflicher Status:  vollzeit  Hausfrau /-mann  
 teilzeit  in Altersrente / Pension  
 arbeitslos  erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Dauer  
 in Ausbildung  erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Zeit

sonstiges: \_\_\_\_\_

- 2.12 Sind Sie zurzeit krankgeschrieben/dienstunfähig?  nein  ja

- 2.13 Krankenkasse/Versicherung  gesetzlich  privat

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

- nur für Privat-Versicherte: Beihilfe?  nein  ja

- Handelt es sich um ein Berufsgenossenschaftsverfahren?  nein  ja

### Teil 3: Problembeschreibung und bisherige Behandlungen

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

---

---

---

---

---

3.2 Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem? \_\_\_\_\_

3.3 Angaben zu verschiedenen Problembereichen

#### Depression

Leiden Sie aktuell unter niedergeschlagener Stimmung und fehlendem Antrieb?

nein  ja

Haben Sie Schlafstörungen?

nein  ja

Haben Sie an sich bemerkt, dass Sie viel grübeln und insgesamt viele negative Gedanken haben?

nein  ja

#### Panikstörung & Agoraphobie

Haben Sie es schon einmal erlebt, dass Sie einen Angstanfall hatten, bei dem Sie binnen weniger Minuten oder Sekunden in extreme Panik verfallen sind, die z.B. von dem Gefühl begleitet war, ohnmächtig zu werden, zu ersticken oder einen Herzinfarkt zu bekommen?

nein  ja

Gibt es Orte oder Situationen (z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, sich in engen Räumen aufhalten), die Sie vermeiden, weil Sie befürchten, eine Panikattacke oder panikähnliche Symptome zu bekommen?

nein  ja

#### Generalisierte Angststörung

Kennen Sie es von sich, dass Sie sich sehr viele Sorgen über verschiedenste Dinge machen und würden selbst sagen, dass Sie sich übermäßig stark sorgen?

nein  ja

Würden Sie sagen, dass Ihre Sorgen teilweise Ihrer Kontrolle entgleiten?

nein  ja

### Zwangserkrankung

Leiden Sie unter immer wiederkehrenden aufdringlichen oder unsinnigen Gedanken, Impulsen oder Vorstellungsbildern, die Ihnen Angst oder Unwohlsein bereiten (so genannten „Zwangsgedanken“)?

nein       ja

Kennen Sie es, dass Sie bestimmte Handlungen immer wieder ausführen müssen, wie z.B. kontrollieren, Hände waschen oder bestimmte gedankliche Handlungen wie zählen oder beten (so genannte „Zwangshandlungen“ oder „Rituale“)?

nein       ja

### Postrauematische Belastungsstörung

Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden, eine Katastrophe zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, sexuell bedrängt oder vergewaltigt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird oder zu hören, dass einer Ihnen nahestehenden Person etwas Derartiges zugestoßen ist.

Ist Ihnen jemals eines der o. g. Dinge widerfahren?

nein       ja

Ist Ihnen jemals etwas anderes widerfahren, das Sie als Trauma bezeichnen würden?

nein       ja

Falls ja: Kommt es vor, dass Sie das Trauma in Form von plötzlichen auftretenden Bildern oder Szenen wiedererleben, ohne dass Sie einen Einfluss hierauf haben?

nein       ja

### Essstörungen

Bitte geben Sie Ihr aktuelles Gewicht an:

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an:

Bemühen Sie aktiv darum, ein sehr niedriges Gewicht zu halten?

nein       ja

Kommt es bei Ihnen zu Essanfällen, bei denen Sie binnen kurzer Zeit unverhältnismäßig viel essen?

nein       ja

Erbrechen Sie sich infolge solcher Essanfälle?

nein       ja

### Alkohol

Beschreiben Sie bitte in einigen Stichpunkten, wie oft und wie viel Alkohol Sie konsumieren (z.B. „2-3 Gläser Wein pro Woche“):

---

Hat Ihnen schon einmal jemand mitgeteilt, dass Sie seiner Ansicht nach zu viel Alkohol trinken?  
 nein       ja

Sind Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon einmal in Probleme geraten, z.B. weil dadurch Konflikte mit Bezugspersonen entstanden sind oder Sie mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind?  
 nein       ja

### 3.4 Bisherige Behandlungen

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?  nein       ja

Wenn ja, seit wann? Wo (Name, Adresse)?

---

---

Vergangene ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlungen:  
Wann? Wo (Name, Adresse)?

---

---

Bisherige stationäre psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlungen  
Wann? Wo (Name, Adresse)?

---

---

Sind Sie über die unter den Punkten 3.1-3.3 angegebenen Probleme hinaus schon einmal wegen einem anderen Problem behandelt worden?

nein       ja

Falls ja, um welches Problem handelt es sich?

---

### 3.5 Medikamente:

Nehmen Sie aktuell Medikamente?  nein       ja

Wenn ja, welche?

---

---

3.6 Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch Ihr Problem belastet?

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

- 3.7 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

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

#### Teil 4: Angaben zur körperlichen Gesundheit

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

- 4.2 Sind Sie schon einmal wegen einer oder mehreren der folgenden Probleme behandelt worden

- Asthma
  - Bauchspeicheldrüsenentzündung
  - Herzprobleme (welcher Art):
- 

- Hormonelle Beschwerden (welcher Art):
- 

- Hypertonie
  - Hypotonie
  - Kalziummangel
  - Kopfschmerzen
  - Leberschaden
  - Magen- oder Darmprobleme
  - Migräne
  - Neurologische Probleme
  - Schilddrüsenfunktionsstörungen
  - Stressbezogene Beschwerden (welcher Art):
- 

- Übergewicht
- Untergewicht
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

- 4.3 Haben Sie zurzeit 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

4.4 Sind Sie schwanger?  nein  ja

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

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

---

---

---

---

---

**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: .....