

Dr.med.univ. Andreas Glaser
Facharzt für Allgemeinmedizin
Psychotherapie - Diabetologie - Suchtmedizin - Flugmedizin
Ulrichstrasse 6
73760 Ostfildern-Kemnat
Tel: 0711/ 456 7894 Fax: 456 7369
info@ostfildern-allgemeinmedizin.de
www.ostfildern-allgemeinmedizin.de

Psychotherapie-Fragebogen

Indem Sie diesen Fragebogen ausfüllen, helfen Sie mir, Ihre jetzige Lebenssituation und Ihre Schwierigkeiten besser zu verstehen. Sie helfen auch, ggf. Anträge für eine Kostenübernahme der Krankenkasse schneller auf den Weg zu bringen.

Dieser Bogen wird, wie alle persönlichen Informationen aus der Therapie, absolut vertraulich behandelt. Kein Außenstehender – auch nicht Ihre Verwandten, oder Partner oder andere Ärzte – erhalten ohne Ihr Einverständnis Zugang zu den Informationen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, alle Fragen so genau wie möglich zu beantworten, entweder durch Ankreuzen, Unterstreichen oder (bei den offenen Fragen), indem Sie kurz Ihre Gedanken niederschreiben (bei Bedarf auch auf Zusatzblättern).

Nehmen Sie sich Zeit dafür. Sollten Sie eine Frage nicht verstehen oder beantworten wollen, machen Sie bitte einen kurzen Vermerk an den Rand.

Name/Vorname:

Heutiges Datum:

1. Beschreibung der Probleme:

Beschreiben Sie bitte in Stichworten Ihre Hauptbeschwerden:

Wie stark ist Ihr Wunsch nach Behandlung?

Sehr stark stark mäßig nicht akut

Ich komme nicht aus eigenem Wunsch, sondern weil:

Bitte unterstreichen Sie im Folgenden nur die Probleme, die in Ihrer **Kindheit bzw. Jugend** für einen Zeitraum **länger als 3 Monate** auftraten oder heute noch bestehen:

Nägel knabbern - Haare ausreißen – Tics – Einnässen – Einkoten – Anfallsleiden – Krämpfe –
Schlafwandeln – nächtliches Schreien – Entwicklungsverzögerung – vorzeitige Entwicklung –
Wachstumsstörung – Übergewicht – Untergewicht – Essstörung (z.B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht) –
Selbstverletzung – Wutausbrüche – übertriebene Selbstbefriedigung – sexuelle Abweichungen –
sexueller Missbrauch (auch einmalig) – Stehlen – Lügen – Zündeln – Ausreißen – Schulschwänzen –
Geschwisterprobleme – Konzentrationsstörungen – Lese-, Rechen oder Schreibstörungen – Lispeln –
Stottern – Stammeln – andere Sprachstörungen – Kopfschmerzen – Kreislaufbeschwerden – Magen-
Darm-Beschwerden – Übelkeit – Missbrauch von Medikamenten – Alkohol – Rauchen – Drogen –
Allergien – Atembeschwerden – Asthma – übertriebener Ehrgeiz – Leistungsschwankungen –
Minderwertigkeitsgefühle – Kontaktprobleme. Schüchternheit – Angst vor Eltern – wurde geschlagen –
Unselbständigkeit – Ängste – Trennungsangst – Zwänge – Ordnungsdrang – Schlampigkeit –
Distanzlosigkeit – Kasperlverhalten – aggressives Verhalten – Trotz – Eifersucht –
Selbstmordgedanken oder – Äußerungen – Traurigkeit

Welches Ihrer Probleme belastet Sie im Moment am meisten?

Bitte beschreiben Sie möglichst genau, wann und unter welchen Umständen Ihre Probleme zum ersten Mal aufgetreten sind:

Wie ging es weiter (bis heute)?

Weshalb möchten Sie zum **jetzigen** Zeitpunkt eine Behandlung?

Welche Auswirkungen haben Ihre Probleme auf die folgenden Leistungsbereiche?

Keine /

Sehr starke Beeinträchtigung



Beruf/Arbeit/Leistungsfähigkeit:	<input type="radio"/>				
Alltagserledigungen / Haushalt	<input type="radio"/>				
Familienleben / Partnerschaft	<input type="radio"/>				
Kontakt zu Freunden	<input type="radio"/>				
Freizeitverhalten:	<input type="radio"/>				
Sonstiges:	<input type="radio"/>				

Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

Würden Sie sich als aktiv religiös bezeichnen? Ja Nein

Können Sie Wochenenden / Ferien genießen? Ja Nein

Bitte unterstreichen Sie, welche der folgenden Beschreibungen auf Sie **heute als Erwachsener** zutreffen:

Depressive Stimmungen – hoffnungslos – unsicher / gehemmt im Umgang mit anderen Menschen –
Angst vor Kritik von anderen – zornig – kann mich oft nicht entscheiden – kann mich nicht entspannen
– mag mich selbst nicht – fühle mich unattraktiv – explodierte leicht – bin eher verschlossen – Probleme
mit Alkohol – Probleme mit Drogen – Konzentrationsprobleme – ich grübele viel – Selbstmordgedanken
– Selbstmordversuche – es fällt mir schwer, etwas zu genießen bzw. mich zu freuen – Probleme in
Ehe/Familie oder Partnerschaft – Sexuelle Probleme – starke Ängste – habe sehr hohe Ansprüche an
mich selbst – zu hartes Arbeiten – bin mit alltäglichen Aufgaben überfordert – fühle mich einsam –
häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes – Weinen – unkontrollierter Ärger / Wutausbrüche –
Schlafstörungen – Arbeitsstörungen – Angst vor Menschen- Minderwertigkeitsgefühle – Trauma –
Stimmungsschwankungen – grundlos anhaltende Traurigkeit – Verfolgungsgedanken –
Katastrophenphantasien – Ohnmachtsgefühle – Angst vor Höhen – Angst vor geschlossenen Räumen
– Schuldgefühle – Zukunftsängste – Hilflosigkeit – Prüfungsangst – Schwindel – Zwänge – Spielsucht –
Internetsucht – Störungen des Essverhaltens – finanzielle Probleme – Einsamkeit – Antriebslosigkeit –

Appetitverlust – Gewichtsverlust

Bitte unterstreichen Sie, unter welchen der folgenden Beschwerden Sie **zur Zeit besonders** leiden:

Herzklopfen – Mattigkeit – Überempfindlichkeit gegen Wärme – Kopfschmerzen – Übelkeit –
Überempfindlichkeit gegen Kälte – Durchfall – Sodbrennen – Übermäßiges Schlafbedürfnis -
Schlaflosigkeit – Appetitlosigkeit – Heißhunger – Druck oder Völlegefühl im Leib – Schwächegefühl –
starkes Schwitzen – Schwindelgefühl – Kurzatmigkeit – Zittern – Schmerzen: Im Kreuz / Rücken /
Nacken / Schultern / Brustbereich – Unruhe in den Beinen – Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den
Beinen

Welches Ihrer Probleme belastet Sie im Moment am meisten?

In welchen Situationen können Sie entspannen, Kraft schöpfen?

Was tun Sie für Ihre körperliche Fitness/Kondition?

Was würden Sie gerne Neues anfangen?

2. Zur Lebensgeschichte

Meine Kindheit erinnere ich insgesamt als

sehr glücklich

sehr unglücklich

Unterstreichen Sie, was auf Ihre Kindheit zutrifft:

ich war ein unerwünschtes Kind – fühlte mich unverstanden – Ängste – gegenüber den Geschwistern
benachteiligt – schüchtern – stottern – Bettnässen – bekam zu wenig erlaubt – war zu sehr umsorgt –
war viel krank – wurde sexuell missbraucht – wurde viel geschlagen – hatte Angst um die Ehe meiner

Eltern

Wie sind Sie aufgewachsen?

- Mit beiden Eltern
- Bei nur einem Elternteil: Mutter Vater
- Bei anderen:

Angaben zu den Geschwistern

Wieviele Geschwister haben Sie?

Brüder: Alter:

Schwestern: Alter

Das wievielte Kind in der Reihe waren Sie?

Wie war früher die Beziehung zu den Geschwistern?

Wie ist die Beziehung heute?

Angaben zu den Eltern

Alter des Vaters:

Beruf des Vaters:

Gesundheitszustand des Vaters:

Falls verstorben, wann

Todesursache:

Alter der Mutter:

Beruf der Mutter:

Gesundheitszustand der Mutter:

Falls verstorben, wann

Todesursache:

Wie haben Sie früher Ihren Vater erlebt (bitte unterstreichen):

warmherzig – kalt – kränkend – unberechenbar – gut einschätzbar – herablassend – fürsorglich – nicht vertrauenswürdig – unterstützend – cholerisch – streng – nachgiebig – verständnisvoll – gewalttätig – gutmütig – deprimiert – alkoholabhängig – stabil – gercht – ungerecht – leistungsorientiert – stark – schwach – ängstlich – penibel – tolerant – einfühlsam – niedergeschlagen – überbeschützend

Andere Eigenschaften:

Welche Einstellung hatte Ihr Vater Ihnen gegenüber früher?

Welche Einstellung hat Ihr Vater Ihnen gegenüber heute?

Wie haben Sie früher Ihre Mutter erlebt (bitte unterstreichen):

warmherzig – kalt – kränkend – unberechenbar – gut einschätzbar – herablassend – fürsorglich – nicht vertrauenswürdig – unterstützend – cholerisch – streng – nachgiebig – verständnisvoll – gewalttätig – gutmütig – deprimiert – alkoholabhängig – stabil – gercht – ungerecht – leistungsorientiert – stark – schwach – ängstlich – penibel – tolerant – einfühlsam – niedergeschlagen – überbeschützend

Andere Eigenschaften:

Welche Einstellung hatte Ihre Mutter Ihnen gegenüber früher?

Welche Einstellung hat Ihre Mutter Ihnen gegenüber heute?

Wie haben Sie die Ehe Ihrer Eltern erlebt?

entfällt gut eher gut eher schlecht schlecht
Mit wem verstanden Sie sich besser?

- Vater Mutter entfällt
 mit beiden gut mit beiden schlecht

Wie wurden Sie von Ihren Eltern bestraft (Methode, Häufigkeit)?

Litt jemand in Ihrer Familie an Alkoholismus oder anderen Formen psychischer Störungen?

Welche angenehmen Erinnerungen an die Kindheit haben Sie?

Welches sind unangenehme Erinnerungen für Sie?

Worauf mussten Sie verzichten?

Haben Sie sich von Ihren Eltern eingeschränkt gefühlt?

- Nein Ja

Wie alt waren Sie, als Sie von zuhause (von Ihren Eltern) auszogen?

Hatten Sie als Kind oder Jugendliche/r Unfälle, die Sie stark beeinträchtigt haben?

Bitte beschreiben Sie jetzt wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik:

0-3 Jahre (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindliche Entwicklung, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen etc.)

3-6 Jahre (Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel...):

6-10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern, Mitschülern...)

10-15 Jahre (z.B. Beziehung zu Lehrern, Mitschülern, Freunden....)

15-20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablöseprozess vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht....)

20-25 Jahre (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbständigkeitsentwicklung...)

ab dem 25. Lebensjahr

3. Schulischer Entwicklung

Welche Schule haben Sie besucht (bzw. besuchen Sie noch)?

Welchen Schulabschluss haben Sie?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Hauptschule | <input type="radio"/> Realschule |
| <input type="radio"/> Gymnasium | <input type="radio"/> Fachhochschule / Universität |
| <input type="radio"/> kein Abschluss | <input type="radio"/> Anderes: |

Wie waren Ihre Schulleistungen insgesamt?

Was waren in der Schule

Ihre Lieblingsfächer?

Ihre Problemfächer?

Waren Ihre Eltern mit Ihren Schulleistungen zufrieden?

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern?

Waren Sie Mitglied in Jugendgruppen oder Vereinen?

Wurden Sie auf Grund irgendwelcher Eigenschaften gehänselt?

Hatten Sie feste Freunde?

Wie war Ihre Stellung in Gruppen? (Bitte zutreffendes unterstreichen):

Wortführer – Einzelgänger – Ideenproduzent – Spaßvogel – Sündenbock – graue Maus – Schlichter –
war gerngesehen – war geduldet

Wie kann man Ihre religiöse Erziehung beschreiben?

Sehen Sie Zusammenhänge zwischen Ihrer Kindheit bzw. Jugendzeit und Ihren heutigen Problemen?

Nein

Ja, folgende:

4. Berufliche Entwicklung

Momentaner Beruf:

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation zufrieden?

- Ja Nein, weil...

Kommen Sie mit dem Geld aus?

- Ja Nein Es geht

Wie alt waren Sie beim Eintritt ins Berufsleben?

Falls Sie mehrere Berufe ausgeübt haben, tragen Sie diese bitte hier ein:

Jahre / Monate Art der Tätigkeit

Derzeitige Beschäftigung

- arbeitslos beschäftigt bei (Arbeitgeber) Selbständigkeit

Wie zufrieden sind Sie mit der jetzigen Tätigkeit?

- Sehr etwas gar nicht

Wie ist meistens Ihr Verhältnis zu Kollegen?

- freundschaftlich wir treffen uns privat sachlich kollegial belastend

Konflikte mit Kollegen sind:

- selten gelegentlich öfter andauernd

Konflikte mit Vorgesetzten oder Untergebenen habe ich:

- selten gelegentlich öfter andauernd

5. Bereich Ehe und Partnerschaft

Was trifft auf Sie zu?

- Zur Zeit keine feste Beziehung ledig
 Fest befreundet verheiratet seit
 Getrennt lebendige Die wievielte Ehe?
 Verwitwet seit: Geschieden seit:

Wie glücklich fühlen Sie sich zur Zeit in Ihrer Beziehung?

- Sehr unglücklich
- Unglücklich
- Eher unglücklich
- Sehr glücklich
- Glücklich
- Sehr glücklich

Wie viele Kinder haben Sie (bitte Name, Alter und Geschlecht):

Wohnen noch andere Personen in Ihrem Haushalt?

- Ja
- Nein

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

- Ja
- Nein, weil

Wie lange haben Sie alleine gelebt bevor Sie mit einem festen Partner zusammen zogen?

Wie lange kennen Sie Ihren/n jetzige/n Partner/in?

Als Sie Ihren jetzigen Partner/in kennen gelernt haben: Was hat Sie an Ihm/Ihr besonders angezogen?

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners/Ihrer Partnerin:

Was machen Sie gerne zusammen?

Welche Punkte des Zusammenlebens belasten Sie?

Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Probleme zwischen Ihnen?

Welche Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen mögen Sie an Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

Was mag Ihr Partner/in an Ihnen?

Wie oft streiten Sie sich?

- Nie
- etwa 1 Mal im Monat
- etwa 1 Mal pro Woche
- mehrmals pro Wocheneden
- täglich
- dauernd

Worüber streiten Sie am meisten?

Wer versucht den Streit wieder beizulegen?

- Keiner
- beide gleich oft
- meistens ich
- meistens mein Partner

Womit kann Ihr Partner Sie verletzen?

Wie ist der Kontakt zu Eltern bzw. Schwiegereltern?

	Eltern	Schwiegereltern
Leben nicht mehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leben ganz in der Nähe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eher gute Beziehungsthema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eher schlechte Beziehungsthema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung zu eng	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie intensiv denken Sie an Trennung?

gar nicht		sehr stark	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Sexualität

Wie belastend ist Sexualität zur Zeit für Sie?

gar nicht		sehr stark	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie Sexualität als belastend erleben:

Bei wem erleben Sie sexuelle Probleme vor allem?

- v.a. bei mir bei uns beiden v.a. bei meinem Partner

Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

Geringes Interesse an Sexualität – Probleme erregt zu werden – Schwierigkeiten, einen Höhepunkt zu erleben – Samenerguss kommt zu früh – sexuelles Zusammensein ist zu häufig – ist zu selten – zu wenig Zärtlichkeit dabei – Angst zu versagen – Angst, der Partner bleibt unzufrieden – homosexuelle Gefühle – fühle mich ausgenutzt – Ekel – Schmerzen – Angst, der Partner bestimmt alles – unangenehme Gefühle nach der Sexualität mit dem Partner – eigene sexuelle Beziehung zu anderen – Partner/in hat sexuelle Beziehungen zu anderen – Eifersucht

7. Selbstbeschreibung

Selbstbeschreibung: Bitte unterstreichen Sie, welche Beschreibungen auf Sie zutreffen:

intelligent – hilfsbereit – leicht zu verunsichern – wertlos – einsam – gutmütig – rücksichtsvoll –
moralisch – aufrichtig – überlegt – ungeliebt – viel beschäftigt – beruflich erfolgreich – meistens
zufrieden – zu nichts zu gebrauchen – schüchtern – eifersüchtig – nachsichtig – feindselig – ruhelos –
wenig attraktiv – ängstlich – missverstanden – deprimiert – zuversichtlich

Sonstiges:

Ihre fünf größten Ängste:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:

Worauf ich stolz bin ist

Eines der Dinge, für die ich mich schuldig fühle, ist

Am glücklichsten fühle ich mich, wenn

Am traurigsten macht mich

Eines der Dinge, die mich wirklich ärgerlich machen, ist

Wenn ich mich über jemanden ärgere, dann

Wenn ich nicht so viel Angst hätte, würde ich

Eines der Dinge, die ich mir von meiner Mutter gewünscht hätte, ist

Eines der Dinge, die ich mir von meinem Vater gewünscht hätte, ist

Manchmal mache ich mir das Leben schwer, indem ich

Eine der Möglichkeiten, wie ich mir selbst ein wenig helfen könnte, wäre

8. Kontakte:

Wie viele Bekannte und Freunde haben Sie zur Zeit?

Wie oft haben Sie Kontakt zu Ihnen?

Wie befriedigend ist der Kontakt für Sie?

Sehr wenig

sehr positiv

9. Körperliche Gesundheitszustand

Größe

Gewicht (heute):

Gewicht mit 18 Jahren:

Wie viele kalte und warme Mahlzeiten essen Sie pro Tag?

Ernähren Sie sich auf eine bestimmte Art und Weise?

Zählen Sie Kalorien?

Wieviel pro Tag?

Wann gehen Sie gewöhnlich ins Bett und stehen wieder auf?

Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt?

Wie viel arbeiten Sie pro Woche?

Wie viele Stunden am Tag?

Überstunden pro Tag?

Welche körperlichen und psychischen Diagnosen und Untersuchungsbefunde sind Ihnen bekannt?

Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen haben Sie durchgemacht?

Bitte geben Sie an, mit welchen Substanzen Sie Erfahrungen haben:

- Drogen: Cannabis:
 Alkohol: Nikotin:
 Kaffee/Tee:

8. Therapie:

Waren Sie oder sind Sie in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? Bitte beschreiben Sie kurz Art und Dauer (auch stationäre Aufenthalte):

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?

- Nein
 Ja, folgende (welche, wie oft, welche Dosis, mit welchem Erfolg?):

Gab es etwas, das Ihnen bisher geholfen hat?

Haben Sie konkretere Vorstellungen darüber, wie eine Psychotherapie für Sie aussehen sollte?

Wie lange sollte sie dauern?

Was wären Ihre 3 Ziele, die Sie durch die Therapie erreichen möchten:

- 1.
- 2.
- 3.

Woran würden Sie erkennen, dass Sie sie erreicht haben?

Ziel 1:

Ziel 2:

Ziel 3: