

Name:....., Vorname:.....

Geburtsdatum: Aktuelles Datum:.....

Fragebogen zur Patientengeschichte
(Bitte zutreffende Aussagen ankreuzen und gegebenenfalls ergänzen!)

1. Wer ist Ihr **Hausarzt**?.....

2. Sind Sie derzeit „krankgeschrieben“? ☐ nein, ☐ ja, durch.....

Wenn ja, seit wann?

Wenn ja, warum?

3. Waren Sie jemals in (**ambulanter / stationärer**)
psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung? ☐ Nein, ☐ ja, bitte genau auflisten!

Wann?	Bei wem?	Wie lange?	Warum? Diagnosen

4. Nehmen Sie **aktuell Medikamente** ein (dazu gehören z.B. auch pflanzliche Präparate oder die „Pille“)? ☐ Nein ☐ Ja (dann bitte **genau auflisten**)

Medikamentenname	Dauer	Wirksam?	Unwirksam?	Nebenwirkungen

Name:....., Vorname:.....

Geburtsdatum: Aktuelles Datum:.....

5. Wurden Sie **früher** mit **psychiatrischen Medikamenten behandelt**? ☐Nein ☐Ja (dann bitte ebenfalls **genau auflisten**)

Medikamentenname	Dauer	Wirksam?	Unwirksam?	Nebenwirkungen

6. Leiden Sie **aktuell unter körperlichen Beschwerden** oder **Erkrankungen**?

☐Nein ☐Ja, folgende (bitte **genau auflisten**)

7. Gab es in der **Vergangenheit schwerwiegende Erkrankungen/Operationen**?

☐Nein ☐Ja, folgende (bitte aufzählen)

8. **Rauchen** Sie? ☐Nein ☐Ja, ca..... Stück pro Tag

9. Wieviel **Alkohol** konsumieren sie durchschnittlich in der Woche?.....

10. Konsumieren **Kaffee /Energiedrinks** etc.? ☐Nein ☐Ja, folgende.....

Welche Menge pro Tag?.....

11. Konsumieren (oder konsumierten) Sie **Drogen**? ☐Nein ☐Ja (dann bitte **genau auflisten**)

.....

12. Haben Sie **Probleme mit dem Essen**? ☐Nein ☐Ja, folgende:

13. Ihr derzeitiges **Gewicht****Körpergröße**.....

14. Gehen Sie regelmäßig **spazieren** oder treiben Sie **Sport**? ☐Nein ☐ja, folgende.....

15. Haben Sie einen schulischen Abschluss/berufliche **Ausbildung**? ☐Nein ☐Ja, folgende.....

Name:....., Vorname:.....

Geburtsdatum: Aktuelles Datum:.....

.....
16. Was ist /war Ihre aktuelle /letzte **Arbeitstätigkeit**?.....mitStd/Woche.

17. Ich bin **arbeitslos** seit.....☐ ich bekomme Arbeitslosengeld ☐ Hartz IV

18. Ich bin **berentet** ☐Nein ☐Ja, seit..... ☐ Es besteht ein **GdB** von.....%. ☐ Wurde beantragt

19. Ich bin ☐alleinlebend, ☐in fester Partnerschaft, ☐verheiratet, seit.....

☐geschieden seit..... ☐Mit / bei den Eltern lebend, ☐sonstiges.....

20. Haben Sie **Kinder** ☐Nein ☐Ja (wenn ja, wie viele und wie alt)? Leben sie bei Ihnen?
.....

21. Gibt es derzeit **berufliche, familiäre, finanzielle oder sonstige Sorgen** die Sie belasten?

☐Nein ☐Ja, folgende.....

22. Hatten Sie selber ein ☐ **stabiles**, ☐ **emotional warmes Elternhaus** oder z.B. eher ☐ **wechselnde Bezugspersonen**, oder ☐ **Belastungen durch z. B. häufigen Streit etc. der Eltern**?
.....
.....

23. Haben Sie **Geschwister**? ☐Nein ☐Ja (wenn ja, wie viele und wie alt?
.....

24. Wie ist der **Kontakt zu ihrer „Herkunftsfamilie“** heute?

25. Gibt es in Ihrer „Herkunftsfamilie“ **psychische Erkrankungen**? ☐Nein ☐Ja wenn, welche
welche und wer ist betroffen?

26. Gab es in Ihrem Leben schwerwiegende **Sie stark belastende Ereignisse**: ☐Nein, ☐Ja
.....

27. Haben Sie schon eineml versucht sich das Leben zu nehmen: ☐Nein, ☐Ja

28. Bitte schildern Sie hier Ihre **JETZIGEN PSYCHISCHEN BESCHWERDEN** mit **eigenen Worten**
und **seit wann** sie bestehen (Bitte in jedem Fall ausfüllen!)

29. Welche Vermutung habe Sie persönlich über die **Entstehung dieser Symptome**?

Name:....., Vorname:.....

Geburtsdatum: Aktuelles Datum:.....

☐ Ich habe folgende seelisch verursachte **AKTUELLE BESCHWERDEN** während der letzten 7 Tage, mindestens dreimal aufgetreten und als deutliche Belastung erlebt!) (bitte ankreuzen):

☐ zu wenig Antrieb, ☐ Überforderungsgefühl, ☐ ich kann den Alltag nicht bewältigen, ☐ ich ziehe mich von sozialen Kontakten zurück, ☐ ich habe zu viel Energie, ☐ ich mache (zu-) viele Dinge gleichzeitig und beende sie nicht.

☐ Reizbarkeit, ☐ innere Unruhe, ☐ innere Anspannung, ☐ Dünnhäutigkeit, ☐ labile Stimmung, ☐ häufiges Weinen, ☐ häufig wechselnde Stimmung, ☐ plötzliche Wutausbrüche.

Ich bin ☐ niedergeschlagen, ☐ selbstunsicher, ☐ fühle mich wertlos, ☐ mir ist alles egal, ☐ ich kann ich nicht mehr freuen.

☐ Ich verletze mich selber, ☐ Ich bin aggressiv anderen gegenüber, ☐ mit Worten, ☐ körperlich.

☐ Ich habe Gedanken mir das Leben zu nehmen.

☐ Ich muss aus einem „inneren Zwang heraus“ Dinge oft wiederholt denken oder tun, obwohl ich das eigentlich für unsinnig halte (zum Beispiel: wiederholt die Türen und Fenster kontrollieren oder mir nach einem bestimmten Ritual die Hände waschen oder bestimmte Bewegungsmuster ausführen). Wenn ja, bitte beschreiben.....

☐ Ich höre Stimmen in meinem Kopf, ☐ Ich fühle mich bedroht, verfolgt.

Ich leide unter: ☐ Erschöpfung, ☐ Einschlafstörungen, ☐ Durchschlafstörungen, ☐ Alpträumen, ☐ ich bin schon lange vor der normalen Zeit wach, ☐ übermäßigem Schlafbedürfnis, ☐ morgens, (☐ abends) geht es mir besonders schlecht.

Ich leide unter: ☐ Konzentrationsstörungen, ☐ Vergesslichkeit, ☐ Gedächtnislücken, ☐ Zeitlücken, ☐ ich finde mich manchmal an Orten wieder und weiß nicht wie ich dorthin gekommen bin.

Ich leide unter: ☐ unbestimmten länger anhaltenden Ängsten, ☐ kurze Angstattacken (Panikattacken), ☐ plötzlichem Herzrasen, ☐ Angst alleine zu sein, ☐ Schwindel, ☐ spezifischen Ängsten vor.....

Ich habe: ☐ zu wenig Appetit, ☐ zu viel Appetit, ☐ ich kann mein Essverhalten nicht kontrollieren, ☐ ich leide unten „Fressattacken“, ☐ erbreche mein Essen, um nicht zuzunehmen, ☐ ich habe deutliches Übergewicht.

☐ Erinnerungen an früher erlebte, belastende Ereignisse kommen mir plötzlich ungewollt „lebendig“ vor meinen Augen, ☐ Die Welt um mich herum fühlt sich oft unwirklich an, ☐ mein Körper fühlt sich oft unwirklich an. ☐ Ich leide unter großer Schreckhaftigkeit, ☐ Ich habe Schwierigkeiten zu vertrauen.

Ich leide unter: ☐ Kopfschmerzen, ☐ Körperschmerzen, ☐ Magen-Darmbeschwerden

Meine Beschwerden haben sich in den letzten 4 Wochen: ☐ verbessert, ☐ sind gleich geblieben ☐ verschlechtert