

Essener Straße 31
D-45529 Hattingen

Tel.: (02324) 3896-777
Email: zpt-hattingen@rub.de

Telefonzeiten:
Mo – FR, 12⁰⁰ – 13⁰⁰

Therapiezeiten:
nach
Vereinbarung

RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM

RUB

ZENTRUM
FÜR
PSYCHOTHERAPIE



Eingangsfragebogen

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Sie veranlasst haben, sich an uns zu wenden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst genau und vollständig aus. Dies hilft uns dabei, ein mögliches Erstgespräch gründlich vorzubereiten. Wenn Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand oder auf der Rückseite hinzufügen.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben von uns streng vertraulich behandelt. Kein Außenstehender erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen.

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt zurück an: Zentrum für Psychotherapie, z. Hd. Herrn Dr. Frank Meyer, Essener Straße 31, 45529 Hattingen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Ich interessiere mich für eine Behandlung im Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum und bitte Sie, mit mir Kontakt aufzunehmen.

Datum: Unterschrift:

Teil 1: Angaben zu Ihrer Person

1. Name, Vorname: _____
2. Geburtsdatum: _____
3. Geschlecht: männlich weiblich
4. Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
5. Wohnsituation: allein lebend bei den Eltern mit Partner zusammen lebend
 Wohngemeinschaft betreutes Wohnen
 sonstiges: _____
6. Kinder: nein ja Wenn ja, wie viele? _____
7. Muttersprache: deutsch türkisch polnisch russisch
 französisch englisch andere _____
8. Beruflicher Status: Vollzeit Teilzeit Gelegenheitsarbeiten Hausfrau /-mann
 Ausbildung/ Studium arbeitslos/ Hartz IV Altersrente/ Pension Erwerbsunfähigkeitsrente
 selbständig anderes: _____
 Arbeitsunfähigkeit: Seit wann? _____
Aus welchem Grund? _____
9. Ist ein Antrag auf Berentung gestellt? nein ja (Aus welchem Grund?) _____
10. Erlerner Beruf: _____
11. Zur Zeit ausgeübter Beruf: _____
12. Wie viele Stunden arbeiten sie pro Woche im Durchschnitt? _____
13. Wie viel Zeit (Stunden pro Woche) können und möchten Sie für die Therapie (z. B. Übungen zwischen den Sitzungen, Lesen von Texten) aufwenden? _____

14. Wann können Sie auf keinen Fall Therapiestunden in Anspruch nehmen (Wochentage, Uhrzeit)? _____

15. Krankenkasse: gesetzlich privat beihilfeberechtigt Unfallversicherung

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

ggf. Name und Anschrift der Beihilfestelle: _____

16. Haben Sie einen Betreuer? nein (weiter mit Frage 20) ja

17. Für welche Bereiche besteht die Betreuung?
(z. B. Finanzen) _____

18. Name des Betreuers: _____
Telefon: _____

19. Seit wann besteht die Betreuung? _____

20. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis: nein ja (Wie viel Prozent?) _____

21. Wie können wir Sie erreichen?

Anschrift: _____
Tel. privat: _____
Tel. dienstl.: _____
Tel. mobil: _____
Fax: _____

Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass Emails **nicht** den Ansprüchen des Datenschutzes und damit der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Trotzdem erleichtert uns die Nutzung von eMail in vielen Fällen die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Wenn Sie also sichergehen möchten, dass niemand erfährt, dass Sie sich im Zentrum für Psychotherapie um einen Therapieplatz bemühen, dann geben Sie unten bitte keine eMail-Adresse an.

Wenn Sie hingegen, trotz der im Hinblick auf therapeutische Schweigepflicht unzureichenden Datensicherheit, damit einverstanden sind, dass wir uns zwecks Terminvereinbarung auch per eMail mit Ihnen in Verbindung setzen, dann tragen Sie unten die entsprechende Email-Adresse ein. Die von Ihnen angegebene eMail-Adresse wird von uns ausschließlich zum Zwecke der Terminvereinbarung genutzt. Mit der Angabe der eMail-Adresse stimmen Sie dieser Nutzung ausdrücklich zu.

eMail-Adresse: _____

22. Auf welchem der Kontaktwege können wir eine Nachricht für Sie hinterlassen? _____

Teil 2: Angaben zu verschiedenen Problembereichen

1. Welcher der nachfolgenden *Störungsbereiche* trifft am ehesten auf Sie zu?
(Mehrfachankreuzungen möglich; jeder Bereich wird im Anschluss noch einmal genauer erfragt)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I. Ängste | <input type="checkbox"/> VII. Partnerprobleme |
| <input type="checkbox"/> II. Zwänge | <input type="checkbox"/> VIII. Sexuelle Probleme |
| <input type="checkbox"/> III. Depression | <input type="checkbox"/> IX. Schmerzen oder andere körperliche Störungen |
| <input type="checkbox"/> IV. Folgen traumatischer Erlebnisse | <input type="checkbox"/> X. Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> V. Probleme mit dem Essverhalten | <input type="checkbox"/> XI. Probleme durch Alkohol-, Drogen-,
Medikamentengebrauch |
| <input type="checkbox"/> VI. Probleme im Umgang mit Mitmenschen | <input type="checkbox"/> XII. Andere Probleme |

2. Welche Ereignisse haben dazu geführt, dass Sie gerade jetzt eine Psychotherapie beginnen möchten?

Sie konnten oben auswählen, welche Störungsbereiche auf Sie zutreffen. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu diesen Problembereichen. Beantworten Sie bitte die Fragen zu *allen* Problembereichen, auch wenn Sie in dem einen oder anderen keinerlei Schwierigkeiten haben.

I. Angst

Eine Panikattacke besteht aus *plötzlich einsetzender intensiver* Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei treten häufig zur gleichen Zeit sehr unangenehme *körperliche Symptome* auf, wie z. B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

3. Haben Sie jemals eine solche Panikattacke erlebt?

- nein (weiter mit Frage 6) ja

Wenn ja, *wie häufig* treten diese Panikattacken auf? _____

4. Treten oder traten diese Panikattacken *wie aus heiterem Himmel* auf?

- nein ja

5. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie *vermeiden*, weil Sie fürchten, dass dabei eine solche Panikattacke auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)?

- nein ja

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

6. Haben Sie jemals Angst davor gehabt oder war es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?

- nein ja

Wenn ja, in welchen Situationen kommt es dazu?

7. Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie Angst haben, wie z. B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhen?

- nein ja

Wenn ja, vor welchen Situationen oder Dingen haben Sie Angst?

8. Würden Sie sich als jemand bezeichnen, der durchgehend besorgt oder ängstlich ist?

- nein (weiter mit Frage 10) ja

Wenn ja, wie äußert sich dies/ Worüber machen Sie sich Sorgen?

9. Ist es schwer für Sie, die Sorgen zu kontrollieren, d. h. haben Sie Schwierigkeiten, aufzuhören, sich zu sorgen?

- nein ja

Wenn ja, wie äußert sich dies / worüber machen Sie sich Sorgen?

II. Zwang

10. Haben Sie schon einmal sich wiederholende *Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen* gehabt, die Sie – zumindest anfänglich – als lästig oder unsinnig empfunden haben, z. B. die Vorstellung, sich zu beschmutzen oder zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun; oder ein dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passiert sein könnte?

- nein ja

Wenn ja, beschreiben Sie dies genauer:

11. Haben Sie jemals den Drang verspürt, irgendwelche Dinge *immer wieder tun zu müssen*, obwohl Sie dies selbst als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie z.B. mehrfach hintereinander die Hände zu waschen oder öfter hintereinander zu kontrollieren, ob Sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet haben, oder aber das Gefühl, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?

nein ja

Wenn ja, beschreiben Sie diese Handlungen bitte:

III. Depression

12. Waren Sie jemals über einen längeren Zeitraum nahezu jeden Tag *niedergeschlagen* oder *bedrückt* oder hatten *kein Interesse* oder *keine Freude* mehr an Dingen oder Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

nein (weiter mit Frage 14) ja

Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit/ ständig in Bewegung sein | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegungen / des Sprechens | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit oder Energieverlust | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit | |

13. Leiden Sie auch *gegenwärtig* unter dieser niedergeschlagenen oder bedrückten Stimmung?

nein ja

IV. Folgen traumatischer Erlebnisse

14. Sind Ihnen schon einmal extrem schreckliche Dinge zugestoßen, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (z.B. Katastrophe, schwerer Unfall, Überfall, Vergewaltigung/Missbrauch, Folter, Opfer von Gewalt) oder haben Sie zusehen müssen, wie einer anderen Person etwas Derartiges passiert ist?

nein (weiter mit Frage 16) ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte in Stichworten diese Erlebnisse:

15. Durchleben Sie den Schrecken dieser Ereignisse in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken, die Sie nicht loswerden können, immer wieder, oder geraten Sie sehr durcheinander, wenn etwas Sie an diese Ereignisse erinnert?

nein ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte in Stichworten diese Erlebnisse:

V. Essverhalten

16. Körpergröße: _____ cm Derzeitiges Körpergewicht: _____ kg

17. Bitte geben Sie nachfolgend Ihr höchstes und niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr an:

höchstes: _____ kg im Alter von _____ Jahren

niedrigstes: _____ kg im Alter von _____ Jahren

18. Von *Essanfällen* spricht man, wenn in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge gegessen wird und man sich dabei dem Drang zu essen ausgeliefert fühlt. Haben Sie jemals einen solchen Essanfall erlebt?

nein (weiter mit Frage 20) ja

19. Führen Sie nach einem Essanfall Maßnahmen wie *Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten* durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen?

nein ja

Wenn ja, welche Maßnahmen führen Sie durch?

20. Bemühen Sie sich, Ihr *Körpergewicht* unter einer bestimmten *Grenze* zu halten?

nein ja

Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? _____ kg

21. Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?

22. Erleben Sie Ihr Essverhalten als problematisch?

nein ja (bitte erläutern)

VI. Probleme im Umgang mit Mitmenschen

23. Leiden Sie unter zwischenmenschlichen Problemen?

- nein ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die passende Kategorie an und erläutern Sie diese kurz:

- häufige Streitereien mit anderen: _____
- häufig ausgenutzt werden: _____
- andere würdigen meine Leistung nicht genug/ angemessen: _____
- andere Menschen sind häufig von mir genervt: _____
- häufig nicht ernst genommen werden: _____
- Freundschaften brechen häufig auseinander: _____
- möchte häufig im Mittelpunkt stehen: _____
- kann mich schlecht durchsetzen / „Nein“ sagen: _____
- fühle mich häufig missverstanden: _____
- kann mich schwer unterordnen: _____
- möchte zu oft Recht haben: _____
- Partnerschaften brechen häufig auseinander: _____
- andere Schwierigkeiten: _____

VII. Partnerschaft

(wenn zurzeit keine Partnerschaft, dann weiter mit Frage 27)

24. Wie lange besteht Ihre Partnerschaft? _____

25. Wie *unglücklich* bzw. *glücklich* würden Sie Ihre Ehe / Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

- unglücklich eher unglücklich eher glücklich glücklich

26. In welchen Bereichen gibt es Probleme, worüber streiten Sie sich?

VIII. Sexuelle Probleme

27. Leiden Sie unter sexuellen Problemen?

- nein ja

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende oder zu geringe Erregung | <input type="checkbox"/> Erektionsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> frühzeitiger Samenerguss |
| <input type="checkbox"/> Orgasmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> besondere Vorlieben | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

IX. Schmerzen oder andere körperliche Störungen

28. Gab es Zeiten, in denen Sie über *mindestens sechs Monate* hinweg immer wieder Schmerzen hatten?

- nein ja

29. Empfinden Sie häufig so starke Schmerzen, dass es Ihnen schwer fällt, sich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren?

- nein ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

30. Wenn ja, wo empfinden Sie Schmerzen? (Kreuzen Sie bitte an, welches/welche der folgenden Körperteile bei Ihnen betroffen ist/sind.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mund / Gesicht / Kopf | <input type="checkbox"/> unterer Rücken / Gesäß |
| <input type="checkbox"/> Hals- / Nackenbereich | <input type="checkbox"/> Hüfte / Beine / Füße |
| <input type="checkbox"/> Schulter / Arme / Hände | <input type="checkbox"/> Beckenbereich |
| <input type="checkbox"/> Brustkorb / oberer Rücken | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgan / After |
| <input type="checkbox"/> Bauchbereich | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

Sind medizinische Ursachen bekannt?

X. Schlafprobleme

31. Haben Sie Schwierigkeiten *einzuschlafen*?

- nein ja

Wenn ja, wie lange dauert es in der Regel nach dem Zubettgehen, bis Sie eingeschlafen sind? _____

32. Haben Sie Probleme *durchzuschlafen* (unruhiger Schlaf, häufiges Wachwerden)?

nein ja

Wenn ja, *wie viele Stunden* schlafen Sie nachts *insgesamt*? _____

33. Passiert es Ihnen häufiger, dass sie *tagsüber* plötzlich *für kurze Zeit einschlafen*?

nein ja

34. Leiden Sie unter häufigen Alpträumen?

nein ja, Themen: _____

XI. Probleme durch Alkohol-, Drogen-, Medikamentengebrauch

35. An *wie vielen Tagen* in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

36. *Wie viel* Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

37. Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie *mehr* Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?

nein ja

Wenn ja, wie viel Alkohol haben Sie *damals* getrunken?

_____ *Wann* war das? _____

38. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mindestens einem Monat irgendwelche Drogen genommen?

nein ja, und zwar: _____

Wenn ja, haben Sie auch während des letzten Monats irgendwelche Drogen genommen?

nein ja

39. Waren Sie jemals abhängig von Medikamenten oder haben Sie mehr davon genommen als Ihnen verschrieben wurde?

nein ja, und zwar: _____

Wenn ja, haben Sie auch während des letzten Monats in dieser Weise Medikamente genommen?

nein ja

XII. Andere Probleme und sonstige Angaben

40. Haben Sie irgendwann einmal Dinge gehört (z. B. Geräusche oder Stimmen) oder gesehen, die andere Menschen nicht wahrnehmen konnten?

nein ja

Bitte geben Sie an, wann diese Erlebnisse waren und wie sich diese genau geäußert haben:

41. Hatten Sie jemals eine Phase, in der Sie sich so gut fühlten, dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung oder Sie deswegen in Schwierigkeiten gerieten?

- nein ja

Bitte geben Sie an, wann diese Erlebnisse waren und wie sich diese genau bemerkbar gemacht haben:

42. Haben Sie ein Problem damit, dass Sie ein Verhalten übermäßig („suchhaft“) zeigen?

- nein ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffenden Verhaltensweisen an und erläutern Sie diese kurz:

- übermäßiges Geldausgeben: _____
- übermäßiger Internetgebrauch (chatten, surfen usw.): _____
- übermäßige sexuelle Aktivität: _____
- übermäßiges Computerspielen: _____
- übermäßiges Fernsehen: _____
- übermäßiges Glücksspiel: _____
- sonstiges suchthaftes Verhalten: _____

43. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen, oder hatten Sie jemals die feste Absicht dazu?

- nein (weiter mit Frage 45) ja, bislang einmal ja, mehrfach, wie oft? _____

44. Bitte geben Sie an, wann das (jeweils) war und welche Gründe Sie dazu bewogen hatten:

45. Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt?

- nein (weiter mit Frage 47) ja

Wenn ja, auf welche Weise (z. B. Schneiden, Kratzen)?

46. Bitte geben Sie an, wann das war und welche Gründe Sie dazu bewogen hatten:

47. Kreuzen Sie bitte an, unter welchen der folgenden Gefühle oder Verhaltensweisen Sie leiden, und erläutern Sie diese kurz:

- Einsamkeit: _____
- kann mich schwer auf lästige Dinge konzentrieren: _____
- ich bin zu oft aggressiv: _____
- Trägheit/ Faulheit: _____
- ich bin zu häufig angepasst: _____
- Selbstwertprobleme: _____
- Ärger wegen...: _____
- Scham wegen...: _____
- Trauer wegen...: _____
- anderes in dieser Art: _____
- nichts in dieser Art

48. Waren Sie bereits in einer **ambulanten psychotherapeutischen** Behandlung?

- nein (weiter mit Frage 52) ja, bislang einmal ja, mehrfach, wie oft? _____

49. Von wann bis wann waren Sie (jeweils) in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

- von: _____ bis: _____ regulär beendet vorzeitig abgebrochen
von: _____ bis: _____ regulär beendet vorzeitig abgebrochen
von: _____ bis: _____ regulär beendet vorzeitig abgebrochen

50. Mit welchem Therapieverfahren wurden Sie behandelt?

- Verhaltenstherapie Psychoanalyse/Tiefenpsychologische Therapie andere weiß nicht

51. Was waren (jeweils) die Anlässe der damaligen Behandlung (en)?

52. Waren Sie bereits wegen Ihrer Probleme in einer **ambulanten medizinischen** oder **sonstigen** Behandlung (auch Suchtbehandlungen)?

- nein ja, und zwar: _____

53. Waren Sie bereits in einer **stationären** psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (auch Suchtbehandlungen)?

- nein (weiter mit Frage 56) ja, bislang einmal ja, mehrfach, wie oft? _____

54. Von wann bis wann waren Sie (jeweils) in stationärer Behandlung?

- Klinik: _____ Zeitraum: _____
Klinik: _____ Zeitraum: _____
Klinik: _____ Zeitraum: _____
Klinik: _____ Zeitraum: _____

55. Was waren die Anlässe der damaligen Behandlung(en)?

56. Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?

57. Geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen Ihrer *derzeitigen* behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten (ggf. andere Behandler) an:

Name: _____ Anschrift/ Telefon: _____ seit wann in Behandlung: _____

58. Nehmen Sie **zurzeit** irgendwelche *Medikamente* ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen. Geben Sie bitte in den dafür vorgesehenen Spalten den Namen des Medikaments, die Dosierung pro Tag, die Zeit, seit der Sie das Medikament einnehmen und die Art der Beschwerden an.

Medikament (Name)	Dosierung pro Tag	von wann bis wann?	Art der Beschwerden

59. Haben Sie **in der Vergangenheit** irgendwelche *Medikamente* wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie wegen psychischer Beschwerden eingenommen haben. Vermerken Sie in den dafür vorgesehenen Spalten bitte den Namen des Medikaments, die Dosierung (Menge) und von wann bis wann Sie das Medikament eingenommen haben.

Medikament (Name)	Dosierung pro Tag	von wann bis wann?	Art der Beschwerden

60. Beschreiben Sie zum Abschluss bitte noch einmal in eigenen Worten Ihre *Probleme*, deretwegen Sie eine Behandlung wünschen:

61. In welchen Lebensbereichen schränken Sie diese Probleme ein (z. B. Beruf, Partnerschaft)?

62. Was möchten Sie in der Therapie für sich erreichen?

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und vergessen Sie Ihre Unterschrift auf der ersten Seite nicht.

Schicken Sie den Fragebogen dann bitte zurück an:

Zentrum für Psychotherapie
z. Hd. Herrn Dr. Frank Meyer
Essener Straße 31
45529 Hattingen