

Fragebogen für Patient:innen

(Antwort in Stichpunkten möglich, ggf. zusätzliche Blätter verwenden)

1. Allgemeine Angaben

- a) Geburtsdatum:
- b) Familienstand (*Zutreffendes unterstreichen, Mehrfachauswahl möglich*):
ledig – verheiratet – geschieden – verwitwet – verheiratet-getrennt lebend – in Partnerschaft –
erneut verheiratet – Partnerschaft mit bereits liierter Partner:in – Affäre
- c) Beschreiben Sie ihre aktuelle Wohnsituation (z.B. *allein, zusammen mit ...*, *Wohnung/Haus*,
Stadt/Land). Sind Sie damit zufrieden?

2. Symptomatik

- a) Warum suchen Sie die Therapie auf? (*Bitte beschreiben Sie Ihre seelischen und/oder körperlichen Beschwerden vor Therapiebeginn. Seit wann haben Sie diese Probleme?*)
- b) Welches Ereignis bzw. welcher Auslöser hat Sie dazu bewegt, eine Therapie zu beginnen?
- c) Beschreiben Sie kurz eine typische Situation, in der Ihre Beschwerden besonders deutlich werden. (*Was passiert in der Situation? Wie fühlen Sie sich? Wie verhalten Sie sich? Was sind die positiven oder negativen Folgen?*)

3. Krankheiten, Klinikaufenthalte, Therapien (*auch Psychotherapien*)

- a) Litten Sie in den letzten Jahren unter schweren Erkrankungen? Wenn ja, welche und wann?
- b) Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche, wie oft am Tag und wie viel?
- c) Waren Sie bereits in psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosomatischer Behandlung? Wenn ja: Zeitpunkt, Dauer, Grund, angewandtes Verfahren und Ergebnisse der Behandlung angeben. (*Diese Angaben sind wichtig für die Beantragung.*)
- d) Haben Sie sich schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen? Wenn ja, wann und wie?

4. Eltern

4.1 Mutter

- a) Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf vor/nach Ihrer Geburt: _____
- b) Nennen Sie 3–5 wichtige Eigenschaften Ihrer Mutter:
- c) Wie war Ihre Beziehung zur Mutter während Ihrer Kindheit?
- e) Wie war der mütterliche Erziehungsstil (*Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge usw.*)?
- f) Wie ist heute die Beziehung zu Ihrer Mutter? Falls verstorben: Todesdatum, -ursache?

4.2 Vater

- a) Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf vor/nach Ihrer Geburt: _____
- b) Nennen Sie 3–5 wichtige Eigenschaften Ihres Vaters:
- c) Wie war Ihre Beziehung zum Vater während Ihrer Kindheit?
- d) Wie war der väterliche Erziehungsstil (*Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge usw.*)?
- e) Wie ist heute die Beziehung zu Ihrem Vater? Falls verstorben: Todesdatum, -ursache?

4.3 Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind: Was waren die Gründe dafür? Wer waren in Ihrer Kindheit Ihre wichtigsten Bezugspersonen?

5. Geschwister (*inkl. Halb- Stief- und verstorbene Geschwister*)

- a) Anzahl und Alter der Schwestern (+/- Jahre): _____
Anzahl und Alter der Brüder (+/- Jahre): _____
- b) Wie ist die Beziehung zu Ihren Geschwistern?
- c) Wie erlebten Sie während Ihrer Kindheit und Jugend die Stimmung in Ihrer Familie?
(z.B. harmonisch – behütet – angespannt – konfliktvermeidend – durch Streit geprägt – ruhig – hektisch – liebevoll – unpersönlich – kalt – gewaltvoll – usw.).
Bitte unterstreichen Sie Zutreffendes und beschreiben Sie es mit Ihren eigenen Worten.

6. Schulische und berufliche Entwicklung

- a) Wie war Ihr Kontakt mit Mitschüler:innen während der Schulzeit?
- b) Wie waren Ihre Schulleistungen?
- c) Beschreiben Sie Ihre schulische und berufliche Entwicklung in kurzen Stichpunkten: *Schularten, Schulabschluss, Ausbildungen, Studium, berufliche Tätigkeiten*
- d) Wie ist ihre aktuelle berufliche Situation?

7. Kinder

- a) Haben Sie Kinder? Wenn ja, bitte deren Geschlecht und Alter nennen (z.B. m (9), w (18))
- b) Wie ist die Beziehung zu Ihren Kindern?

8. Partnerschaft und Sexualität

- a) Was ist Ihre sexuelle Orientierung?
- b) Falls Sie eine Partnerschaft führen: Beruf und Alter der Partner:in (z.B. Ingenieurin (+1))?
- c) Beschreiben Sie Ihre jetzige Partnerschaft und wichtige frühere Beziehungen. Wann hatten Sie Ihre ersten sexuellen Erfahrungen und wie haben Sie diese erlebt?

9. Belastende Ereignisse/Ergänzungen (optional)

Bitte nennen Sie für Ihre Problematik wichtige Ereignisse und Ergänzungen, die in den vorherigen Fragen nicht berücksichtigt wurden.

10. Therapieziele

Woran würden Sie merken, dass die Behandlung erfolgreich war? Was möchten Sie mithilfe der Therapie an Ihrem Denken/Fühlen/Verhalten verändern?

11. Veränderungen (Nur bei Umwandlung/Fortführung der Therapie)

Schildern Sie die Veränderungen, die sich seit Beginn der Therapie ergeben haben. Welche Veränderungen stehen noch aus? Gibt es neu hinzugekommene Probleme oder Symptome?