

Fragebogen zur psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist mir wichtig vor Beginn Ihrer Behandlung mir ein Bild Ihres gesamtes Gesundheitszustandes zu machen. Bitte beantworten Sie daher folgenden Fragen und bringen Sie den ausgefühlten Bogen in die erste Sprechstunde mit. Wenn Sie unsicher sind oder etwas nicht verstehen, kennzeichnen Sie es mit einem „?“.

**Patientenname:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Beruf:**

**Familienstand:**

**Telefon:**

**E-mail:**

1. **Allgemeines**

**Mit welcher Motivation kommen Sie jetzt in die Praxis?**

□ eigene Motivation □ Partner/Chef hat mir empfohlen □ wurde von Hausarzt geschickt

**Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Psyche und körperlicher Beschwerden?**

□ Nein □ Ja Welcher? (kurz erklären)

**Körperliche Diagnosen** □ keine **□** folgende

1.

2.

3.

**Gegenwärtige somatische Medikation** □ keine □ folgende

(auch Vitaminen/Homöopathie/Phytopharmaka/Nahrungsergänzungsmittel)

1. 4.

2. 5.

3. 6.

**Aktuelle Größe: und Gewicht:**

**Blutdruck/ Puls:**

**Medikamentöse Allergien/ Unverträglichkeiten/Nebenwirkungen:**

**Kindheit:**

Gesundheit der Mutter in der Schwangerschaft:

Geburt (normal/Kaiserschnitt/Frühgeburt):

Erstes Lebensjahr (normale Entwicklung/ Störungen/ Krankenhausaufenthalte/ Tod eines Elternteils/ Scheidung/ Adoption):

2tes – 10tes Jahr (normale Entwicklung/ Störungen/ Krankenhausaufenthalte/ Tod eines Elternteils/ Scheidung/ Adoption):

**Teenager-/ Junger Erwachsener** (siehe oben)**:**

**Erwachsenenalter:**

Auffällige Krankheiten in der Familie:

Sind sie aktuell in hausärztliche/fachärztliche Behandlung wegen körperlicher Probleme?

□ Nein

□ Ja

Falls Ja, bei wem? (Name/Adresse)

Zigarettenkonsum pro Tag:

Alkoholkonsum (was/wieviel pro Woche?):

Drogenkonsum (was/wieviel pro Woche?):

Körperliche Betätigung (was? wie viel pro Woche?):

Körpertemperatur:

□ oft heiß □ oft kalt □ Fieber □ zu wenig Schweiß □ zu viel Schweiß □ kalter Schweiß □ Nachtschweiß

Appetit:

ja □ nein□ übermäßig: ja □ nein□ Völlegefühl: ja □ nein□ Übelkeit: ja □ nein□ Erbrechen: ja □ nein□

Verdauung:

□ Magenschmerzen □ Sodbrennen □ Aufstoßen □ Geschwüre □ Unverträglichkeiten/Allergien

□ täglich Stuhlgang □ Verstopfung □ Durchfall □ Schleim im Stuhl □ Blut im Stuhl

□ Divertikel □ chronische Darmentzündung □ Bauchkrämpfe □ Blähungen □ Hämorrhoiden

Flüssigkeitsmenge die pro Tag getrunken wird:

Harnwegsinfekte: ja □ nein□

□ angeschwollene Fußknöchel □ angeschwollene Hände □ angeschwollenes Gesicht □ Inkontinenz

Wasserlassen:\_\_\_mal pro Tag/ Nacht

Leberprobleme: □ nein □ Ja Welche?

Augenprobleme:

□ tränende Augen □ trockene Augen □ Brille □Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ohrenprobleme:

□ schlechtes Gehör □ häufig Ohrenschmerzen □ Tinnitus □ Gehörsturz

□ Hörgerät

Hals:

□ häufig Halsschmerzen □ Mandelentzündungen □ Mandeln entfernt □ Schluckbeschwerden □ Globus

Haut:

□ trocken □ Juckreiz □ Ausschlag □ Ekzem □ Schuppenflechte

Lungen:

□ schwere Atmung □ Kurzatmigkeit □ verschleimt □ häufig Erkältungen □ Heuschnupfen □ Asthma

Haben Sie jemals eine sehr schwerwiegende allergische Reaktion gehabt (z.B. Nesselsucht, geschwollene Kehle, schwere Atmung, anaphylaktischer Schock)? ja □ nein□

Gegen was?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Art der Reaktion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herz:

□ Herzklopfen/ Herzflattern □ unregelmäßiger Herzschlag □ Brustschmerzen □ Herzinfarkt

□ Herzschrittmacher □ andere Herzprobleme\_\_\_\_\_\_

Kreislauf:

□ kalte Hände □ kalte Füße □ Schwindelgefühl □ Ohnmachtsanfälle/ Synkopen

□ Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Muskeln:

□ Muskelkrämpfe: Wo?

□ Muskelschwäche: Wo?

□ Muskelverspannungen: Wo?

Neurologische Probleme:

□ Zittern □ Muskel-Gesichtszucken □ Muskelzucken allgemein □ epileptische Anfälle □ Schlaganfall

□ Lähmung □ Sprachschwierigkeiten □ Sehvermögen eingeschränkt □ Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schmerzen:

□ Spannungskopfschmerz □ Migräne □ Nackenschmerz □ Schulterschmerz

□ Fibromyalgie

□ Wirbelsäule: □HWS □BWS □LWS

□ Schmerzen im Arm □ Schmerz im Ellenbogen □ Schmerz in der Hand □ Finger

□ Hüftschmerz □ Beinschmerz □ Knieschmerz □ Fußknöchel/-gelenk □Zehe

□ Arthrose □ Arthritis □ Nervenschmerzen □Osteoporose

□ Kieferprobleme □ Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen gehabt?

□ Blutarmut □ hohen Blutdruck □ niedrigen Blutdruck □ Diabetes □ Schilddrüsenüberfunktion

□ Schilddrüsenunterfunktion □ Hypoglykämie □ Gallensteine □ Leberkrankheit □ Nierenkrankheit

□ Krebs □ Multiple-Sklerose □ ADHS/ ADS □ Autoimmunerkrankung

Infektionskrankheiten:

□ Borreliose □ Eppstein-Barr-Virus □ Hepatitis □ Pilz-Infektion (Candida) □ Covid 19

□ Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fortpflanzungssystem:

*Männer*

□ Prostatabeschwerden □ Hodenschmerzen □ Impotenz/ Erektionsstörungen □ verringerte Libido

□Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Frauen*

□ Brustzyste □ Brustkrebs

□ Scheidenjuckreiz □ häufige Candida Infektion

□ Endometriose □ Unfruchtbarkeit □ Hormontherapie □PMS

□ Schwangerschaften\_\_\_\_\_\_

□ Fehlgeburten\_\_\_\_\_

□ postnatale Erschöpfung □ postnatale Depression

□ Hysterektomie (Gebärmutter OP) □ verringerte Libido

□Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menstruationszyklus- Ich bin:

□ vor den Wechseljahren □ in den Wechseljahren □ nach den Wechseljahren

□Menstruation regelmäßig □ Zykluslänge\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Dauer der Blutung\_\_\_\_\_

□ schwere Blutungen □ leichte Blutungen □ Krämpfe □ Brustspannen

□ emotionale Schwankungen

□ orale Kontrazeption/ Pille

Letzter Besuch beim Frauenarzt/ Urologe:

Schlaf:

□ schlechtes Einschlafen □ leichtes Aufwachen □ schlechtes Durchschlafen □ Schwierigkeit wieder einzuschlafen □ Unruhe am Morgen □ unangenehme Träume □ Albträume

□ Frühmorgendlichen Aufwachen

□ Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denken:

□ schlechtes Gedächtnis □ vergesslich □ neblig /sumpfig im Gehirn □ schwierig klar zu denken

□ Wortfindungsstörungen □Grübeln

□ treffe schwer Entscheidungen □Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typische Emotionen zurzeit:

□ niedergeschlagen □ traurig/einsam □ häufig Angst □ oft besorgt □ leicht enthusiastisch

□ eifersüchtig □ unsicher/anhänglich □ bekümmert □ Schwierigkeiten loszulassen

□ ziehe mich gerne zurück □ Angst Fehler zu machen □ Angst vor Kontrollverlust □ verzweifelt

□ oft ärgerlich □ leicht reizbar □ leicht frustriert □ unentschlossen □ launisch □ wenig Selbstvertrauen

□ Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals eine/ mehrere schwerwiegende emotionale Reaktion wie z.B. Trauma oder Schock?

Warum brauchen Sie eine psychosomatische /psychotherapeutische Behandlung?

1. Beschreiben Sie die Beschwerden (körperlich oder/ und psychisch), derentwegen Sie zur Psychotherapie gekommen sind:

2. Unter welchem der aufgeführten Beschwerden leiden Sie am meisten/am häufigsten?

3. Wie häufig treten diese Beschwerden auf und wann?

□ Täglich □ Ca. 2-3 Mal pro Woche □ Ca. 1 Mal pro Woche □ mehrmals pro Monat □ dauerhaft

4. Nennen Sie bitte Ihre größten Ängste im Leben

-

-

 **II. Vorgeschichte**

1. Vater

Beruf:

Geburtsjahrgang:

Sind/ waren körperliche Krankheiten bekannt? □ Nein □ Ja Welche?

Sind/ waren psychische Krankheiten bekannt? □ Nein □ Ja Welche?

Falls verstorben (Jahr, Ursache):

Wie alt waren Sie damals?

Persönlichkeit Ihres Vaters:

Ihre Beziehung mit dem Vater (Kindheit und aktuell):

2. Mutter

Beruf:

Geburtsjahrgang:

Sind/ waren körperliche Krankheiten bekannt? □ Nein □ Ja Welche?

Sind/ waren psychische Krankheiten bekannt? □ Nein □ Ja Welche?

Falls verstorben (Jahr, Ursache):

Wie alt waren Sie damals:

Persönlichkeit Ihrer Mutter:

Ihre Beziehung mit der Mutter (Kindheit und jetzt):

Haben sich Ihre Eltern getrennt oder geschieden? Wenn ja, wann? Bei wem sind Sie

geblieben?

Wie ist die Beziehung Ihrer Eltern heute?

3. Leibliche Geschwister

- 1. Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

- 2. Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

- 3. Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

- 4. Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

Sind bei Ihren leiblichen Geschwistern psychische Krankheiten bekannt? □ Nein □ Ja Welche?

6. Adoptiveltern

 Falls Sie nicht bei Ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie erzogen?

1. Stiefvater (Beruf, Alter, seit wann in der Familie, eigene Kinder?, Persönlichkeit, Ihre Beziehung zu ihm):
2. Stiefmutter (Beruf, Alter, seit wann in der Familie, eigene Kinder?, Persönlichkeit, Ihre Beziehung zu ihr):
3. Halbgeschwister

7. Welches sind/waren die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?

 **III. Entwicklungsgeschichte**

 Verlauf der Schwangerschaft ihrer Mutter, soweit Ihnen bekannt (gewollte Schwangerschaft, Krankheiten während Schwangerschaft…):

**A. Kindheit**

Gesundheitszustand während der Kindheit:

Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Störungen auf Sie in Ihrer Kindheit zutrafen:

□ Albträume □ Bettnässen □ Schlafwandeln □ Daumenlutschen □ Nägelkauen

□ Stottern/Sprachverzögerung □ Angst □ Depression □ Psychose

□ Glückliche Kindheit (Gewaltfrei) □ Unglückliche Kindheit (Gewalt-, Missbrauch Erfahrungen)

□ Sonstige Auffälligkeiten:

Freundeskreis:

**B. Jugend**

Gesundheitszustand während der Jugend:

Hobbies und Interessen:

Freundeskreis:

 **IV. Bildungsgang und Beruf**

Alter beim Verlassen der Schule:

Ihr höchster erreichter Schulabschluss:

□Hauptschule ohne Quali □Hauptschule mit Quali □Mittlere Reife □Fachabitur

□Abitur □Fachhochschulabschluss/Universität Bachelor □Universität/Master

□Noch in Ausbildung

Wie war der Kontakt zu den Mitschülern?

Welche besonderen Stärken und Schwächen haben/hatten Sie in der Schule?

Sind Sie gern zur Schule gegangen?

Mobbingerfahrungen?

Welche Berufsausbildungen haben Sie? Wann haben Sie sie gemacht?

Haben Sie Berufsausbildungen abgebrochen? Welche und wann? Warum?

Welche Berufe /Tätigkeiten haben Sie vor Ihrer aktuellen ausgeübt?

 **V. Aktuelle Lebensumstände**

Sind Sie derzeit berufstätig? □ Nein □ Ja.

Wie sind Sie beschäftigt (Vollzeit/ Teilzeit) und wie lange schon?

Rente seit wann:

Antrag gestellt seit wann:

GdB:

Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden?

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Arbeitskollegen und Vorgesetzten?

Verfügen Sie über ein eigenes Einkommen?

□ Nein. Wer finanziert derzeit Ihren Haushalt?

□ Ja. Sind Sie zufrieden mit dem Verdienst? Zweiter Job notwendig?

Haben Sie finanzielle Schwierigkeiten? □ Ja □ Nein

Wohnsituation:

□ alleinlebend □ mit Partner □ mit eigener Familie □ im Elternhaus □ in Wohngemeinschaft

□ Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? □ Ja □ Nein Warum? (z.B.: Nachbarn, Umgebung, usw.)

Familienstand □ Ledig □ Verheiratet □ Geschieden □ Getrennt □ Verwitwet □ Wiederverheiratet

Religionsangehörigkeit □ Ja □ Nein

Wie verbringen Sie derzeit Ihre Freizeit?

Welche wichtigen Partnerschaften gab es vor Ihrer aktuellen Partnerschaft (Alter,

Zeitraum der Beziehung, Grund für die Beendigung der Beziehung)?

1.

2.

3.

Aktuell in einer Partnerschaft? □ Nein □ Ja

Partner/ Partnerin:

Wie lange besteht die Beziehung?

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Partners/ Ihrer Partnerin:

Sind Sie mit Ihrer Beziehung zufrieden? □ Ja □ Nein Warum nicht?

In welchen Bereichen bestehen Übereinstimmungen, in welchen Gegensätze?

Ist Ihr momentanes Sexualleben befriedigend? Falls nein, warum nicht?

Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihres Partners aus? Falls es Konflikte gibt, mit wem und

worüber?

Kinder

□ Keine Kinder/ keine eigene Kinder

□ Kinderwunsch

□ Kinder (Alter):

Hatten Sie / Ihre Partnerin bereits einen Schwangerschaftsabbruch?

□ Nein □ Ja Wann?

 **VI. Krankheitsanamnese**

Wen haben Sie bis jetzt um Rat gefragt wegen Ihrer momentanen seelischen Probleme?

Was haben Sie bereits unternommen um das Problem zu lösen?

Befanden Sie sich bereits in ambulanter Therapie?

□ Nein

□ Ja. Zeitraum, Name des Therapeuten, Anschrift Praxis:

Befanden Sie sich bereits stationär in einer Therapie (psychosomatisch/psychiatrisch)?

□ Nein

□ Ja. Wann?

1.ter Aufenthalt: von-bis/Klinik:

2.ter Aufenthalt: von-bis/Klinik:

Nehmen Sie Psychopharmaka ein? □ Nein □ Ja. Welches?

1. Präparat/Dosierung/ wie häufig/ seit wann?

2. Präparat/Dosierung/ wie häufig/ seit wann?

3. Präparat/Dosierung/ wie häufig/ seit wann?

Dachten Sie irgendwann an Selbstmord? □ Nein □ Ja. Jahr? Konkrete Pläne?

Haben Sie bereits einen Selbstmordversuch unternommen? □ Nein □ Ja. Jahr? Wie?

Wünschen Sie sich manchmal nicht mehr zu leben/aufzuwachen/sie wären tot?

□ Nein

□ Ja. Würden Sie sich aktuell selbst etwas antun?

□ Nein. Warum?

□ Ja. Was hält Sie aktuell noch davon ab?

Ist Selbstverletzung ein Thema bei Ihnen? □ Nein □ Ja. Wie? Wie oft? Warum?

Ist selbstinduziertes Erbrechen ein Thema bei Ihnen? □ Nein □ Ja. Wie? Wie oft? Warum?

Sind Zwangshandlungen/ -gedanken ein Thema? □ Nein □ Ja. Wie? Wie oft? Warum?

Welche privaten und beruflichen Probleme haben sich bei Ihnen durch die körperliche/ psychische Erkrankung ergeben?

Was erhoffen Sie sich von der Therapie/ Welche Ziele möchten Sie durch die Therapie erreichen? (mind.3 nach Priorität)

1.

2.

3.

Welche Ursachen sehen Sie für Ihr(e) Problem(e)?

Was an ihrem augenblicklichen Verhalten würden Sie gerne ändern?

 **VII. Selbstbeschreibung**

Worin liegen Ihre Begabungen und Fähigkeiten?

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

Was sind die Bestleistungen Ihres Lebens?

Welche Lebensanforderungen können Sie besonders schwer erfüllen?

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?

Was vermeiden Sie?

Welche Glaubenssätze beeinflussen Ihr Leben (z.B. „Erst die Arbeit, dann der Spaß“)? Nennen Sie die 3 wichtigsten:

1.

2.

3.

Durch welche Sätze haben Ihnen andere Menschen schon einmal sehr wehgetan? (Sätze, die Sie schlecht vergessen können)

1.

2.

3.

 **VIII. Bitte ergänzen Sie folgende Sätze**

Ich bin ein Mensch, der Während meines ganzen Lebens...

Seit meiner Kindheit…

Eine der Sachen, auf die ich stolz bin,…

Es fällt mir schwer zuzugeben, dass…

Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann, ist…

Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil...

Wenn ich mir nicht solche Sorgen um mein Image machen würde, würde ich…

Eine der Arten, wie andere mir wehtun, ist...

Vater war immer...

Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist...

Mutter war immer...

Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist...

Wenn ich nicht Angst hätte, ich selbst zu sein, würde ich...

Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, ist...

Was ich von meiner (m) Frau (Mann) brauche, aber nie erhalten habe, ist...

Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist...

Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist…

Wenn ich mich trauen würde, spontan zu sein, würde ich...

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass ich alleine für

fehlerhafte Angaben mit daraus resultierendem Risiko und Nebenwirkungen/ Verschlechterungen

haften werde.

--------------------------------- ------------------------------------------

 Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. medic/ UMF Bukarest Walther