

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, Zeitleücken, 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