

Fragebogen zur Anmeldung für ein Erstgespräch

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr Interesse an einem Therapieplatz! *Um sich bei uns anzumelden, füllen Sie bitte den angehängten Fragebogen aus und schicken Sie diesen per Post oder per E-Mail an die oben angegebene Adresse.* Er enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Sie veranlassen haben, sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns einzuschätzen, ob wir Ihnen ein für Sie passendes Therapieangebot machen können. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Sofern wir freie Kapazitäten haben, teilen wir Ihnen zeitnah einen Termin für ein Erstgespräch mit. Sollten wir bei diesem ersten Kennenlernen feststellen, dass wir Ihnen ein geeignetes Therapieangebot machen können, nehmen wir Sie auf unserer Warteliste auf. Sollten Sie innerhalb von 6-8 Wochen nichts von uns hören, haben wir derzeit leider keine freien Kapazitäten.

In diesem Fall empfehlen wir Ihnen, sich bei Ihrer zuständigen Krankenkasse oder bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (<http://www.arztsuche-bw.de>) zu erkundigen, welche weiteren Therapeuten für Sie in Frage kämen. Sie haben auch die Möglichkeit, sich über das Patiententelefon Medcall der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, erreichbar unter 0711/78753966, bei der Suche unterstützen zu lassen.

Wir wissen, dass es im Allgemeinen viel Geduld braucht, bis jemand einen Psychotherapieplatz gefunden hat, der zu ihm oder ihr passt.

Vielleicht hilft Ihnen in Ihrer Situation zur Überbrückung dieser Zeit auch der Besuch einer Beratungsstelle, z. B. bei der Caritas, der Diakonie oder beim Landratsamt oder einer Selbsthilfegruppe (Liste z. B. beim Landratsamt oder bei Ihrer Krankenkasse).

Möglicherweise können Sie überbrückend auch von der Teilnahme an einer Therapiestudie am Klinikum Christophsbad profitieren. Bei einigen Studien gibt es die Möglichkeit im Anschluss ein Erstgespräch für eine ambulante Psychotherapie zu erhalten.

Informationen zu möglichen Therapieprogrammen der Forschungssektion finden Sie auf der Homepage des Klinikums Christophsbad (<https://www.christophsbad.de/forschung-bildung/forschung/forschungssektion-fuer-angewandte-psychotherapie-und-psychatrie/>). Alternativ

können Sie sich per E-Mail unter forschung@christophsbad.de melden, um weitere Informationen zu erhalten.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird Ihr eingesandter Fragebogen nach Ablauf der 8 Wochen vernichtet, sofern Sie in der Zwischenzeit keinen Termin für ein Erstgespräch oder eine anderweitige Rückmeldung von uns erhalten haben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Julia Kröner, Lisa Hack & Kolleg*innen

Psychologische Psychotherapeut*innen

MVZ Christophsbad

A Angaben zu Ihrer Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Geburtsort:	E-Mail:
Adresse:	Telefonnummer:
Erlerner Beruf:	Derzeitige Tätigkeit als <input type="checkbox"/> in Vollzeit, mit Stunden pro Woche <input type="checkbox"/> in Teilzeit mit Stunden pro Woche
Derzeit keine Berufstätigkeit, weil <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Schule / Studium <input type="checkbox"/> Rentenbezug <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Zur Zeit: <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig, seit
Schwerbehinderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, GdB:	Rentenanspruch: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag ist gestellt <input type="checkbox"/> Ich plane in den nächsten Monaten einen Antrag zu stellen
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Religionszugehörigkeit:
Körpergröße: cm	Gewicht: kg

Angaben zur Versicherung und ärztlichen Behandlung

Name Ihrer Krankenkasse:

gesetzlich Ersatzkasse Privatversichert

Derzeitige ärztliche Mitbehandlung Ihrer psychischen Problematik:

	Name, Adresse, Telefonnummer
Hausarzt / Hausärztin:	
Psychiatrisch:	
Neurologisch:	
Sonstige:	

Haben Sie bereits zu irgendeinem früheren Zeitpunkt einen Psychotherapeuten aufgesucht oder waren Sie bereits in einer psychiatrischen Klinik? (Ggf. Rückseite benutzen)

Jahr	Dauer	Therapieform	Verbesserung?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Medikament	Dosierung	Seit wann?

C Verfügbarkeit

Die Therapietermine in unserem Haus finden regelmäßig i.d.R. einmal wöchentlich zu einem **festen Termin** von 50 Minuten Dauer (**immer am gleichen Wochentag zur gleichen Uhrzeit**) statt. Bitte geben Sie hier an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihnen zuverlässig möglich ist, den Termin wahrzunehmen.

Wochentag	Vormittags	Nachmittags
Montag	Von Bis	Von Bis
Dienstag	Von Bis	Von Bis
Mittwoch	Von Bis	Von Bis
Donnerstag	Von Bis	Von Bis
Freitag	Von Bis	Von Bis

D Symptomatik

Bitte beschreiben Sie stichwortartig in eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Beschwerden, wegen derer Sie eine Behandlung suchen.

Schildern Sie kurz, wann und in welchem Zusammenhang Ihre Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind und wie diese sich bis heute weiterentwickelt haben:

Was möchten Sie durch die Therapie erreichen?

Gab/gibt es schwere körperliche Erkrankungen oder Unfälle? Wenn ja, wann und welche? Art der Behandlung und Ergebnis?

Kreuzen Sie bitte an, welche Beschwerden aktuell bei Ihnen bestehen:

<input type="checkbox"/> Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/> Gefühl der inneren Leere
<input type="checkbox"/> Interessenverlust, Freudlosigkeit	<input type="checkbox"/> Umgang mit traumatischen Erinnerungen
<input type="checkbox"/> Verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> Schnell wechselnde Stimmungen
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Instabile zwischenmenschliche Beziehungen
<input type="checkbox"/> vermindertes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> Selbstverletzung; falls ja, bitte kurz beschrieben:
<input type="checkbox"/> Schuldgefühle	<input type="checkbox"/> pessimistischer Blick in die Zukunft
<input type="checkbox"/> Suizidgedanken	<input type="checkbox"/> Impulsives Verhalten; falls ja bitte kurz beschreiben:
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/> Veränderung des Appetits	<input type="checkbox"/> Wutausbrüche
<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/> Ängste & Panikattacken
<input type="checkbox"/> Gewalt gegen andere	<input type="checkbox"/> Essanfälle
<input type="checkbox"/> Sorgen ums Gewicht	<input type="checkbox"/> Zwänge (z. B. Dinge ordnen, zählen, waschen,...)
<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? ja nein

Wenn ja, wann fand der letzte Versuch statt (Mona/Jahr)?

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Substanzen Sie **in den letzten fünf Jahren** eingenommen haben?

Substanz	Was genau?	Häufigkeit	Ungefähre Menge	Erstmals (Alter)	Letzter Konsum
Alkohol					
Nikotin					
Abhängig machende Medikamente außerhalb ärztlicher Verordnung					
Cannabis					
Andere Drogen					

Bestehen sonstige Abhängigkeiten (Glücksspiel, Kaufsucht etc.)? Wenn ja welche und wie häufig?

E Lebensumstände

Wie wohnen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> Mietwohnung / -haus <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Leben Sie zurzeit in einer festen Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie (Stief-, Adoptiv-)Kinder?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Söhne (Anzahl, Alter): Töchter (Anzahl, Alter): Besonderheiten:

Hatten Sie Früh- oder Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder anderes?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wann? Macht Ihnen das heute noch Probleme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie haben Sie sich bisher bei Krisen oder Lebensproblemen geholfen?	

Wie zufrieden sind Sie mit dem folgenden Punkten? (Ankreuzen)

	sehr zufrieden	zufrieden	teils teils	unzufrieden	sehr unzufrieden
Berufsfeld					
Aktueller Arbeitsplatz					
Wohnsituation					
Partnerschaft					
Familie					
Körperliche Gesundheit					
Finanzielle Situation					
Freizeitgestaltung					
Soziale Kontakte					
Sport/ Bewegung im Alltag					

F Herkunftsfamilie

Mutter (Name):

Alter bei Ihrer Geburt:	Beruf:
Falls verstorben, Jahr:	Todesursache:
Beziehung zueinander früher:	Heute:

Vater (Name):

Alter bei Ihrer Geburt:	Beruf:
Falls verstorben, Jahr:	Todesursache:
Beziehung zueinander früher:	Heute:

Geschwister (Name):

Alter bei Ihrer Geburt:	Beruf:
Falls verstorben, Jahr:	Todesursache:
Beziehung zueinander früher:	Heute:

Geschwister (Name):

Alter bei Ihrer Geburt:	Beruf:
Falls verstorben, Jahr:	Todesursache:
Beziehung zueinander früher:	Heute:

Andere Bezugsperson (Name):

Alter bei Ihrer Geburt:	Beruf:
Falls verstorben, Jahr:	Todesursache:
Beziehung zueinander früher:	Heute:

G Therapieziele

Was möchten Sie in Bezug auf Ihr Problem (wieder) können?

Was möchten bzw. müssten Sie lernen oder wieder üben?

Worüber benötigen Sie mehr Klarheit? Formulieren Sie möglichst konkret, was Sie klären möchten?

Was müssen Sie evtl. an Ihrer Lebenssituation verändern?

Welche Personen außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?

Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?

Was müsste passieren, damit Ihr Problem "wie von selbst" verschwindet?

Wer steht Ihrer Behandlung eher skeptisch oder ablehnend gegenüber?

Gibt es sonstige Besonderheiten, nach denen nicht gefragt wurde? Welche?

Vielen herzlichen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens!