



**Praxis für Psychoonkologie
und
EMDR Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie**

Anschrift: Provenceweg 5, 53894 Mechernich Tel.: 02443 - 90 35 65

E-Mail: info@kompass-gbl.de

HP Psychotherapie Harald Hagen Integraler - ärztlich geprüfter Psychoonkologe
EMDR - Harald Hagen und Marlies Hagen

Eingangsfragebogen

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

Diese Informationen helfen mir, das Erstgespräch mit Ihnen sowie die nachfolgenden diagnostischen Untersuchungen vorzubereiten.

Es ist dabei wichtig, dass Sie den Fragebogen alleine ausfüllen, ohne andere Personen um ihr Urteil oder ihre Meinung zu bitten.

Beantworten Sie bitte jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils auf Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Sollten Sie große Bedenken bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, sprechen Sie mich an. Nicht verzichtet werden kann auf die vollständigen Angaben zur Person.

Vielen Dank

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben von mir streng vertraulich behandelt. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben. Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit

Teil I: Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Plz.: _____ Ort: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Tel.: privat _____ Fax privat: _____ Mobil privat: _____

Tel.: dienstlich: _____ Fax dienstlich: _____ Mobil dienstlich: _____

E-Mail dienstlich: _____ E-Mail privat: _____

Bitte markieren Sie die entsprechende Telefonnummer und E-Mail-Adresse wo wir Ihnen Nachrichten hinterlassen können

private Zusatzversicherung ja nein

Ihr derzeitiger Beruf? _____

Teil 2 : Angaben zu Ihrer Gesundheit

2. Welcher der nachfolgenden Störungsbereiche trifft am ehesten auf Sie zu? (Mehrfachankreuzungen möglich)

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Depressionen
- Ess- Störungen
- Rückfall bei Alkohol- und / oder Medikamentenabhängigkeit
- Schlafstörungen
- Schmerzen
- Partner- und Sexualprobleme
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- sonstiges

3. Beschreiben Sie nun bitte in Ihren eigenen Worten Ihre Hauptprobleme, wegen derer Sie eine Behandlung wünschen

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

5. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten, z.B. gegen bestimmte Nahrungsmittel, Inhaltsstoffe oder Arzneimittel bekannt?

ja nein

Wenn ja: Welche: gesichert / festgestellt durch

6. Geben Sie bitte Namen und vollständige Anschrift Ihrer *derzeitigen* behandelnden Psychotherapeuten und Ärzte an.

7. Nehmen sie zu Zeit irgendwelche Medikamente ein (sowohl verordnet als auch nicht verordnet)?

ja nein

Wenn ja: Geben sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen. Geben Sie bitte in den dafür vorgesehenen Spalten den Namen des Medikaments, die Dosis (Menge) und die Zeit an, seit wann Sie das Medikament nehmen.

8 Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

ja nein

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.

9. Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme in stationärer Behandlung?

wo? _____ von wann bis wann? _____

wo? _____ von wann bis wann? _____

wo? _____ von wann bis wann? _____

Teil 3 : Angaben zu verschiedenen Problembereichen

Wie Sie wissen werden in meiner Praxis unterschiedliche Störungen behandelt.

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 Bereich keinerlei Schwierigkeiten haben.

Angst

Ein Panik- oder Angstanfall 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. Herzasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

10. Haben Sie einmal einen solchen Angstanfall erlebt, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben bestand?

ja nein

Wenn ja: Wie häufig treten diese Angstanfälle auf: _____

11. Treten diese Angstattacken wie aus heiterem Himmel auf?

ja nein

12. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, weil Sie befürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte (z.B. Autofahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)?

ja nein

Wenn ja: Um welche Situationen oder Tätigkeiten handelt es sich?:

Zwang

13. Haben Sie schon einmal wiederholt länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen gehabt, die zumindest anfänglich, lästig oder unsinnig erscheinen sind, 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?

ja nein

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Gedanken bitte:

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

ja nein

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Handlungen:

Depressionen

15. Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen nahezu jeden Tag niedergeschlagen oder bedrückt oder hatten kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen, Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

ja nein

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten.

- deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät
- verminderter oder gesteigerter Appetit
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein
- Verlangsamung der Bewegungen oder des Sprechens
- Müdigkeit oder Energieverlust
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Schuldgefühle
- Konzentrationsverlust
- Entscheidungsunfähigkeit
- wiederkehrende Gedanken an den Tod
- Suizid - Gedanken
- Suizid - Versuch

16. Leiden Sie auch gegenwärtig noch unter dieser niedergeschlagenen oder bedrückten Stimmung?

ja nein

17. Mögliche Symptome einer evtl. Schilddrüsenüber- bzw. -Unterfunktion

- nervös, aggressiv, ängstlich, irritiert, schreckhaft seit _____
- schwer sich zu entspannen — schnelles Schwitzen seit _____
- Schlafstörungen, Herzrasen, Vorhofflimmern seit _____
- starkes Zittern, Durchfälle, Gewichtsverlust seit _____
- Müdigkeit, Schwäche seit _____
- depressiver Verstimmung, Apathie, Gewichtszunahme seit _____
- schwankende Gefühlslage, Konzentrationsstörungen seit _____
- langsamer Herzschlag — verlangsamte Reflexe seit _____
- verminderte Libido seit _____

Die vorgenannten Symptome stellen keine Diagnose dar! Wir empfehlen, die beim Erstgespräch geäußerten Patientenwahrnehmungen mittels einer großen Schilddrüsenuntersuchung durch einen Facharzt/ Fachärztin zu überprüfen. Dies dient zu Ihrem Schutz als Patient. Wir bitten um Verständnis, dass wir ohne die fachärztliche Abklärung nicht mit einer Therapie beginnen können.

Essverhalten

18. Körpergröße _____ cm.

Derzeitiges Körpergewicht _____ kg

19. 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

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

ja nein

Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?

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

ja nein

Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?

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

ja nein

Wenn ja: Wie hoch ist die Grenze? _____ kg.

23. Was tun sie, damit Sie nicht zunehmen

Alkohol

24. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol? _____ Tagen

25. Wieviel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

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

ja nein

Wenn ja: Wieviel Alkohol haben Sie damals getrunken?

_____ Wann war das? _____

27. Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder stationärer Behandlung wegen übermäßigen Alkoholkonsums (gemeint sind sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Behandlungen)?

ja nein

Wenn ja: Geben Sie bitte für alle diesbezüglichen Behandlungen in den dafür vorgesehenen Spalten an, wo und wann diese stattfanden und wie lange Sie anschließend abstinent geblieben sind.

wo: _____

wann: _____

Abstinenzdauer _____

Schmerzen

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

ja nein

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

ja nein

Wenn ja: Beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten

30. Wo empfinden Sie Schmerzen? (Kreuzen Sie bitte an, welches/welche Körperteile bei Ihnen betroffen sind.)

- Mund / Gesicht / Kopf
- Hals- / Nackenbereich
- Schulter / Arme / Hände
- Brustkorb / oberer Rücken
- unterer Rücken / Gesäß
- Hüfte / Beine / Füße
- Beckenbereich

Schlaf

31. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

ja nein

Wenn ja: Wie lange dauert es in der Regel nach dem zu Bett gehen, bis Sie eingeschlafen sind? _____ Stunden

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

ja nein

Wenn ja: Wieviele Stunden schlafen Sie Nachts? _____ Stunden

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

ja nein

Partnerschaft und Sexualität

34. wie unglücklich bzw. glücklich würden Sie Ihre Ehe / Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> sehr unglücklich | <input type="checkbox"/> eher glücklich | <input type="checkbox"/> derzeit keine Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> unglücklich | <input type="checkbox"/> glücklich | |
| <input type="checkbox"/> eher unglücklich | <input type="checkbox"/> sehr glücklich | |

35. In den meisten Partnerschaften haben Missverständnisse und Konflikte ganz konkrete Anlässe. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Bereiche in Ihrer Partnerschaft zu Konflikten führen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einteilung des monatlichen Einkommens | <input type="checkbox"/> außereheliche Beziehungen |
| <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit | <input type="checkbox"/> Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Haushaltsführung / Wohnung | <input type="checkbox"/> Persönliche Gewohnheiten des Partners |
| <input type="checkbox"/> Vorstellungen über Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Kommunikation / gemeinsame Gespräche |
| <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch / Familienplanung |
| <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte | <input type="checkbox"/> Fehlende Akzeptanz / Unterstützung des Partners |
| <input type="checkbox"/> Temperament des Partners | <input type="checkbox"/> Zuwendung des Partners |
| <input type="checkbox"/> Attraktivität | <input type="checkbox"/> Forderungen des Partners |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten / Behinderungen / Psychische Störungen | <input type="checkbox"/> Vertrauen |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht | <input type="checkbox"/> Umgang mit Alkohol / Medikamenten / Drogen |
| <input type="checkbox"/> Gewährung persönlicher Freiheiten | <input type="checkbox"/> Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Tätlichkeiten | <input type="checkbox"/> andere _____ |

36. Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn nein: planen Sie, in den nächsten sechs Monaten schwanger zu werden?

ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zur Person und der Selbsteinschätzung unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der Schweigepflicht.