

Teil 1: Angaben zur Person

1. Name, Vorname: _____
2. Geburtsdatum: _____
3. Geschlecht: männlich weiblich
4. Anschrift: _____

5. Telefon:
privat: _____
dienstl.: _____
mobil: _____
Fax: _____
E-Mail: _____
- Unter welcher der o.g. Nummern könnte auch eine Nachricht hinterlassen werden?

6. Krankenkasse: gesetzlich privat
Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

7. beihilfeberechtigt
Name und Anschrift der Beihilfestelle: _____

8. Ihr derzeitiger Beruf: _____

Teil 2: Angaben zu Ihrer Gesundheit

9. Welcher der nachfolgenden *Störungsbereiche* trifft am ehesten auf Sie zu (Mehrfachankreuzungen möglich)?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angststörungen (auch Paruresis) | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen | <input type="checkbox"/> ADHS |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rückfall bei Alkohol- und
Medikamentenabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ess-Störungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Asperger-Syndrom, wenn ja, wo und wie wurde die Diagnose
gestellt: | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| _____ | <input type="checkbox"/> Partner- und Sexualprobleme |
| _____ | <input type="checkbox"/> sonstiges: |
10. Beschreiben Sie nun bitte in eigenen Worten Ihre *Hauptprobleme*, wegen derer Sie eine Behandlung bei uns wünschen:

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

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

Wenn ja, welche: gesichert / festgestellt durch:

13. Geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen Ihrer *derzeitigen* behandelnden Psychotherapeuten und Ärzte an:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

14. Nehmen Sie *zur Zeit* irgendwelche *Medikamente* ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?
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 der Sie das Medikament einnehmen.

Medikament (Name)	Dosierung (Menge)	Seit wann?
-------------------	-------------------	------------

15. Haben Sie *in der Vergangenheit* irgendwelche *Medikamente* wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

O nein O ja

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.

Medikament (Name)	Dosierung (Menge)	Von wann bis wann ?
-------------------	-------------------	---------------------

16. 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 der Christoph-Dornier-Klinik 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 keinerlei Schwierigkeiten haben.

Angst

Panik

Ein Panik- bzw. 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.

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

nein ja

Wenn ja, *wie häufig* treten diese Angstanfälle auf? _____

18. Treten diese Angstattden wie *aus heiterem Himmel* auf?

nein ja

19. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie *vermeiden*, weil Sie fürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)?

nein ja

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

Paruresis

20. Haben Sie gelegentlich Schwierigkeiten in der Anwesenheit anderer Menschen zu urinieren?

nein ja

21. Fühlen Sie sich durch die Urinationshemmung im Alltag eingeschränkt?

nein ja

Generalisierte Ängste

22. Machen Sie sich übermäßige Sorgen?

nein ja

23. Sind Ihre Sorgen übermäßig stark, übermäßig häufig oder übermäßig beeinträchtigend?

nein ja

24. Bitte listen Sie hier die Themen auf, über die Sie sich am häufigsten übermäßig und unkontrollierbar Sorgen machen:

a. _____ b. _____

c. _____ d. _____

e. _____ f. _____

Angst vor dem Erbrechen (Emetophobie)

25. Haben Sie häufig Angst, sich selbst zu übergeben, unabhängig davon, ob alleine oder in der Anwesenheit anderer?

nein ja

26. Haben Sie häufig Angst, miterleben zu müssen oder in Medien davon zu lesen bzw. zu hören, wie andere Personen oder Tiere sich übergeben?

nein ja

Zwang

27. Haben Sie schon einmal *wiederholt* länger andauernde *Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen* gehabt, die Ihnen, zumindest anfänglich, lästig oder unsinnig erschienen 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?

nein ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Gedanken bitte:

28. 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, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?

nein ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Handlungen bitte:

Depressionen

29. 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?

nein ja

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegungen oder des Sprechens | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit oder Energieverlust | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit | |

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

nein ja

Schlaf

31. Haben Sie Schwierigkeiten, *ein- oder durchzuschlafen*?

nein ja, beim Einschlafen ja, beim Durchschlafen

Schmerzen

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

nein ja

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

nein ja

Essverhalten

34. Körpergröße: _____ cm Derzeitiges Körpergewicht: _____ kg

35. 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

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

nein ja

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

nein ja

Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?

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

nein ja

Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? _____ kg

39. Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?

Belastungen nach traumatischen Erlebnissen (PTSD)

Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden, eine Katastrophe zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, sexuell bedrängt oder vergewaltigt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird oder zu hören, dass einer Ihnen nahestehenden Person etwas Derartiges zugestoßen ist.

40. Haben Sie jemals irgendeines der Ereignisse aus der obigen Aufzählung erlebt?

nein ja (bitte unterstreichen Sie das Ereignis) wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: _____

41. Haben Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftreten und Ihnen durch den Kopf gehen, obwohl Sie nicht daran denken wollen?

nein ja

42. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern könnten?

nein ja

43. Haben Sie sich in der Zeit danach willentlich selbst verletzt (z.B. geschnitten oder verbrannt)?
(Wenn Sie kein Trauma erlebt haben: Haben Sie sich jemals willentlich selbst verletzt?)

nein ja wenn ja, tun Sie dies heute auch noch: nein ja, ca. _____ mal wöchentlich

44. Kreuzen Sie bitte an, ob eines oder mehrere der folgenden Symptome nach dem Erlebnis verstärkt aufgetreten sind!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte des Ereignisses zu erinnern | <input type="checkbox"/> O Reizbarkeit oder Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Ein- oder Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> O Konzentrationsschwierigkeiten |
| | <input type="checkbox"/> O Erhöhte Schreckhaftigkeit |

Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS)

45. Fällt es Ihnen manchmal schwer, einem Gespräch zu folgen, weil Sie so schnell abgelenkt werden?
O nein O ja
46. Fällt es Ihnen manchmal schwer, Alltagsaktivitäten zu planen und zu organisieren bzw. Dinge zu Ende zu bringen.
O nein O ja
47. Erleben Sie im Alltag starke Stimmungsschwankungen oder sind gelegentlich recht reizbar?
O nein O ja
48. Bestehen diese Schwierigkeiten schon seit Ihrer Kindheit?
O nein O ja wenn ja, seit dem wievielten Lebensjahr: _____

Asperger – Syndrom

49. Haben Sie Schwierigkeiten/Probleme in der sozialen Kontaktgestaltung (z: B. Schwierigkeiten beim Verständnis und bei der Umsetzung sozialer Regeln, Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, mangelnder Wunsch nach sozialem Kontakt?)

O nein O ja

Wenn ja: Welche?

Familie O Schule O Freundschaft O Arbeitsplatz O

50. Haben Sie spezielle Interessen, die sehr zeitintensiv sind? (z: B. Computerspiele)

O nein O ja; Wenn ja: Welche?

51. Gibt es Rituale und Routinen, die Sie täglich befolgen müssen? Wie gehen Sie mit Veränderungen dieser alltäglichen Rituale und Routinen um?

Alkohol

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

53. Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

Wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie Sie von der Christoph-Dornier-Klinik erfahren haben. Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen.

Wodurch sind Sie **zuerst** auf die Christoph-Dornier-Klinik aufmerksam geworden?

Arzt O

Psychotherapeut O

Werbeanzeige (wo?) O

Zeitungsartikel (wo?) O

Fernsehbeitrag O

Internet O

wenn „Internet“, wie wurden Sie auf unsere Internetseite aufmerksam? .

Ehemalige Patienten O

Sonstige (welche?) O

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch auf den Seiten 2 – 9 alle Fragen beantwortet haben. Und vergessen Sie Ihre Unterschrift auf der ersten Seite bitte nicht. Schicken Sie den Fragebogen dann an die

Christoph-Dornier-Klinik GmbH
Klinik für Psychotherapie
Tibusstraße 7-11
48143 Münster

Nach der Auswertung des Fragebogens wird sich einer unserer Therapeuten kurzfristig telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Für dieses Gespräch entstehen Ihnen keine Kosten.

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zur Person (Teil 1) und die Selbsteinschätzung (Teil 2.9) werden elektronisch vertraulich gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.