

Eingangsfragebogen

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Sie veranlassen, sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns, das Erstgespräch mit Ihnen sowie die nachfolgenden diagnostischen Untersuchungen vorzubereiten.

Es ist dabei wichtig, dass Sie den Fragebogen allein 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 jedoch extreme Bedenken gegen die Beantwortung spezieller Fragen haben, steht Ihnen die Beantwortung selbstverständlich frei. Auf jeden Fall sollten Sie die „Angaben zur Person“ (Fragen 1-8) vollständig ausfüllen. Vielen Dank.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben von uns streng vertraulich behandelt. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in **Druckbuchstaben**.

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt an unsere Anschrift zurück. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Ich interessiere mich für eine Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik GmbH und bitte Sie, mit mir Kontakt aufzunehmen.

Datum: Unterschrift:

Teil 1: Angaben zur Person

- | | |
|--|---|
| <p>1. Name, Vorname:
_____</p> <p>2. Geburtsdatum: _____</p> <p>3. Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>4. Familienstand:
_____</p> <p>5. Anschrift:

_____</p> <p>6. Kontaktmöglichkeiten:

 privat: _____
 dienstl.: _____
 mobil: _____
 Fax: _____
 E-Mail: _____

 Unter welcher der o.g. Nummern könnte
 auch eine Nachricht hinterlassen werden?

 _____</p> | <p>7. Krankenkasse: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat

 Name und Anschrift der Krankenkasse:

 Versichertennummer: _____</p> <p>8. <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt

 Name und Anschrift der Beihilfestelle:

 Beihilfenummer: _____</p> <p><input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung</p> <p>9. Schulabschluss:
_____</p> <p>10. Ihr derzeitiger Beruf:
_____</p> |
|--|---|

Teil 2: Angaben zu Ihrer Gesundheit

11. Welcher der nachfolgenden Störungsbereiche trifft am ehesten auf Sie zu?
(Mehrfachankreuzungen möglich)
- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Angststörungen (auch Paruresis)</p> <p><input type="checkbox"/> Zwangsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> Ess-Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> Asperger-Syndrom, wenn ja, wo und wie wurde die
Diagnose gestellt:

_____</p> | <p><input type="checkbox"/> Posttraumatische
Belastungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> ADHS</p> <p><input type="checkbox"/> Rückfall bei Alkohol- und
Medikamentenabhängigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Schlafstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Partner- und Sexualprobleme</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges:
_____</p> |
|---|---|

12. Beschreiben Sie nun bitte in eigenen Worten Ihre *Hauptprobleme*, wegen derer Sie eine Behandlung bei uns wünschen:

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

14. Sind Sie aktuell durch diese Erkrankungen stark belastet und eingeschränkt?

nein ja

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

Wenn ja, welche:

gesichert / festgestellt durch:

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

Name

Anschrift

Telefon

17. Wegen welcher Diagnosen waren Sie bisher in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung?

18. 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?

19. Haben Sie *in der Vergangenheit* irgendwelche *Medikamente* wegen psychischer Beschwerden eingenommen? nein 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 ?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

20. Nehmen Sie Medikamente zur Beruhigung ein? nein ja

Wenn ja, welche u. in welcher Dosierung? _____

21. 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. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

22. 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? _____

23. 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.)?

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten? _____

Paruresis

24. Haben Sie gelegentlich Schwierigkeiten in der Anwesenheit anderer Menschen zu urinieren und fühlen sich dadurch eingeschränkt? nein ja

Generalisierte Ängste

25. Machen Sie sich übermäßige Sorgen? nein ja

26. 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)

27. Haben Sie häufig Angst, sich selbst zu übergeben (unabhängig davon, ob alleine oder in der Anwesenheit anderer), oder dies bei anderen miterleben zu müssen?
 nein ja

Zwang

28. 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:

29. 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

30. 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 | |

Suizidalität / Selbstverletzungen

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

nein ja

32. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt? nein ja

Wenn ja, a) Wie? _____ b) Wie oft? _____

c) In welchem Jahr haben die Selbstverletzungen begonnen? _____

d) Wann haben Sie ggf. aufgehört? _____

33. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein ja öfter wann? _____

Schlaf

34. Haben Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?

nein ja, beim Einschlafen ja, beim Durchschlafen

Schmerzen

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

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

Essverhalten

37. Körpergröße: _____ cm Derzeitiges Körpergewicht: _____ kg

38. 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
39. 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
40. 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?
- _____
- _____
- _____
41. Bemühen Sie sich, Ihr *Körpergewicht* unter einer bestimmten *Grenze* zu halten?
- nein ja
- Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? _____ kg
42. 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.

43. Haben Sie jemals irgendeines der Ereignisse aus der obigen Aufzählung erlebt?
- nein ja (bitte unterstreichen Sie das Ereignis) wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: _____
44. 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
45. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern könnten?
- nein ja

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

- Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte des Ereignisses zu erinnern
 Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 Konzentrationsschwierigkeiten
 Erhöhte Schreckhaftigkeit
 Ein- oder Durchschlafstörungen

Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS)

47. Fällt es Ihnen manchmal schwer, Alltagsaktivitäten zu planen und zu organisieren bzw. Dinge zu Ende zu bringen oder einem Gespräch zu folgen, weil Sie so schnell abgelenkt werden?

- nein ja

48. Erleben Sie im Alltag starke Stimmungsschwankungen oder sind gelegentlich recht reizbar?

- nein ja

49. Bestehen diese Schwierigkeiten schon seit Ihrer Kindheit?

- nein ja wenn ja, seit dem wievielten Lebensjahr: _____

Asperger - Syndrom

50. 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?) nein ja
Wenn ja: Welche?

Familie Schule Freundschaft Arbeitsplatz

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

- nein ja; Wenn ja: Welche?

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

Alkohol / Drogen

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

60. Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden sexuellen Probleme?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende oder zu geringe Erregung | <input type="checkbox"/> Erektionsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> frühzeitiger Samenerguss |
| <input type="checkbox"/> Orgasmusstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

61. **Nur für Frauen:** Sind Sie schwanger? nein ja

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

Weitere Angaben

62. Aktuelle Wohnsituation:

- alleinlebend mit Eltern mit Partner/Partnerin Sonstiges _____

63. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig? Bei Jugendlichen: Gibt es Fehlzeiten in der Schule?

- nein ja Wenn ja: seit wann? _____

64. Beziehen Sie Rente?

- nein ja Wenn ja: seit wann? _____

65. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- nein ja

66. Haben Sie einen Reha-Antrag gestellt?

- nein ja Wenn ja: wann? _____

67. Wurde diese Reha genehmigt?

- nein ja

68. Befindet sich eine Ihnen nahestehende und/oder für Sie wichtige Person momentan oder in absehbarer Zeit in unserer Klinik?

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

.....
Name, Adresse

Psychotherapeut

.....
Name, Adresse

Werbeanzeige (wo?)

Zeitungsartikel (wo?)

Fernsehbeitrag

Internet

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

Ehemalige Patienten

Sonstige (welche?)

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch auf den Seiten 2 – 10 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 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:

Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert und unter strenger Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO) vertraulich behandelt.

Personenbezogene Daten werden von uns erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies zur Durchführung der angebotenen Dienstleistungen erforderlich ist, aber auch, um mit Ihnen den gewünschten Kontakt aufzunehmen oder Ihnen angeforderte Dienstleistungen oder Informationen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus verwenden wir diese Daten für keine anderen Zwecke und geben diese nicht an Dritte weiter.

Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Klinik erhalten Sie auf unserer Homepage im Bereich „Datenschutz“.