

**Christoph-Dornier-Klinik GmbH**

Tibusstraße 7 – 11  
48143 Münster  
Telefon 0251 / 4810-0  
Telefax 0251 / 4810-144  
Info@christoph-dornier-klinik.de  
www.christoph-dornier-klinik.de

# Eingangsfragebogen

Es freut uns, dass Sie sich für unsere Klinik interessieren.

Die Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie ist ein privates Akutkrankenhaus (ohne Notaufnahme). Aufgenommen werden insbesondere **privatversicherte, beihilfeberechtigte** sowie **selbstzahlende Patient:innen**.

Außerdem behandeln wir viele **gesetzlich versicherte Patient:innen**, meist im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. Dies bedeutet, dass auch gesetzliche Versicherer im Einzelfall bereit sind, sich an den Kosten der Therapie zu beteiligen oder diese komplett zu übernehmen. Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass diese Kostenübernahmen durch gesetzliche Krankenkassen in der Regel nur dann erfolgen, wenn bereits vorherige nicht zielführende Behandlungen stattgefunden haben oder ein fortgeschrittener Krankheitsverlauf vorliegt, insbesondere bei Essstörungen. Gerne informiert Sie unser Team des Patientenmanagements hierzu auch im Vorfeld unter 0251/4810-142 oder -143.

Um Ihnen bestmöglich weiterhelfen zu können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. 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 einzuschätzen, ob eine Therapie in unserer Klinik hilfreich sein könnte. In diesem Fall würden wir Sie gerne in einem nächsten Schritt zur weiteren Abklärung zu einem Erstgespräch per Video oder vor Ort in der Klinik einladen.

Es ist wichtig, dass Sie den Fragebogen möglichst vollständig und alleine ausfüllen, ohne andere Personen um ihr Urteil oder ihre Meinung zu bitten. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich ist und Sie darauf nicht antworten möchten, können Sie die Frage einfach durchstreichen.

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

Vielen Dank.

**Ärztliche Leitung**

PD Dr. med. Eva Nadine Striepens

**Psychotherapeutische Leitung**

Dipl.-Psych. Vera Frühauf

**Geschäftsführung**

Margherita Dornier  
Amtsgericht Münster  
HRB 3945  
USt-IdNr.: DE157320915

Mit Beteiligung und Unterstützung des  
Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V.

## Teil 1: Angaben zur Person

1. Name, Vorname:  
\_\_\_\_\_
2. Geburtsdatum:  
\_\_\_\_\_
3. Geschlecht:  
 m  w  d
4. Familienstand:  
 ledig  verheiratet  geschieden  
 in Trennung lebend  verwitwet
5. Anschrift:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Kontaktmöglichkeiten:  
  
privat: \_\_\_\_\_  
mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
  
Bei Minderjährigen  
Kontaktdaten der Sorgeberechtigten:  
Mutter  
mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Vater  
mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_
7. Krankenkasse:  gesetzlich  privat  
  
Name der Krankenkasse:  
\_\_\_\_\_
8. Beihilfe:  beihilfeberechtigt  
  
Name der Beihilfestelle:  
\_\_\_\_\_  
  
 private Zusatzversicherung  
  
Wenn ja,  
Name der Versicherung:  
\_\_\_\_\_  
  
Abgedeckte Leistungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Schulabschluss:  
\_\_\_\_\_
10. Ihr derzeitiger Beruf:  
\_\_\_\_\_
11. Derzeit bin ich:  
 berufstätig  
     angestellt  
     verbeamtet  
     selbstständig  
 arbeitslos  
 berentet  
 arbeitsunfähig  
    seit: \_\_\_\_\_  
  
 Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente  
    wurde gestellt  
  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

12. Haben Sie einen oder mehrere gesetzliche Vertreter?

- nein     ja

13. Sofern zutreffend: Wer sind die sorgeberechtigten Personen? (Name und Verbindung zu Ihnen)

---



---

14. Hatten Sie bereits Kontakt zur CDK und haben über mögliche Kosten / Eigenanteile gesprochen?

- nein     ja

15. Haben Sie in der Vergangenheit bereits einmal das Aufnahmeverfahren durchlaufen?

- nein     ja

Wenn ja: bei welchem Status sind Sie das letzte Mal stehen geblieben?

- Nur Eingangsfragebogen     Erstgespräch     Kostenklärungsprozess  
 Bereits stationärer Aufenthalt in der CDK

## Teil 2: Angaben zu Ihrer Gesundheit

16. 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"/> Autismus-Spektrum-Störung, wenn ja, wo und wie wurde die Diagnose gestellt: | <input type="checkbox"/> Schmerzen  |
| <hr/>  | <input type="checkbox"/> Partner- und Sexualprobleme                        |
| <hr/>  | <input type="checkbox"/> sonstiges:   |
|  | <hr/>   |

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

---



---



---

18. Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen und/oder Mobilitätseinschränkungen (z.B. Rollstuhl)? Wenn ja, welche und seit wann?

---



---



---

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

nein     ja

20. Liegt eine Pflegebedürftigkeit / Behinderung vor?

nein     ja

Wenn ja, auf Grund welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wenn ja, besitzen Sie einen Pflegegrad

nein    ja

Und/oder einen Schwerbehindertenausweis

nein    ja

21. Sind Sie schwanger?

nein     ja

Sollten Sie bis zur Aufnahme schwanger werden, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

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

Wenn ja, welche:

gesichert / festgestellt durch:

---



---

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

Name

Anschrift

Telefon

---



---



---

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

---



---

25. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche *Medikamente*, *beispielsweise auch zur Beruhigung*, 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? |
|-------------------|-------------------|------------|
| <hr/>             |                   |            |
| <hr/>             |                   |            |
| <hr/>             |                   |            |

26. 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? |
|-------------------|-------------------|--------------------|
| <hr/>             |                   |                    |
| <hr/>             |                   |                    |
| <hr/>             |                   |                    |

27. 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.

28. 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? \_\_\_\_\_

29. 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

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

#### Generalisierte Ängste

31. Machen Sie sich übermäßige Sorgen?  nein  ja

32. 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)

33. 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

34. 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?

ja     nein

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Gedanken bitte:

---

---

---

35. 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

36. 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"/> Suizidgedanken                     |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit oder Energieverlust                             | <input type="checkbox"/> Suizidversuch                      |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit                                  |   |

## Suizidalität / Selbstverletzungen

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

nein  ja

38. 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? \_\_\_\_\_

39. Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

nein  ja  öfter wann? \_\_\_\_\_

## Schmerzen

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

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

## Essverhalten

42. Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Derzeitiges Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

43. 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

44. 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

45. Führen Sie zur Gewichtsreduktion Maßnahmen wie *Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten Fasten oder Medikamente zur Gewichtsreduktion (z.B. „Abnehmspritze“)* durch?

nein  ja

Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?

---



---



---

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

nein     ja

Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? \_\_\_\_\_ kg

47. Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?

---

---

### **Belastungen nach traumatischen Erlebnissen (PTBS)**

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.

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

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

49. 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

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

nein     ja

51. 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"/> Reizbarkeit oder Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Ein- oder Durchschlafstörungen   | <input type="checkbox"/> Konzentrationschwierigkeiten  |
|   | <input type="checkbox"/> Erhöhte Schreckhaftigkeit     |

## Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS)

52. 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

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

nein     ja

54. Bestehen diese Schwierigkeiten schon seit Ihrer Kindheit?

nein     ja            wenn ja, seit dem wievielten Lebensjahr: \_\_\_\_\_

## Autismus-Spektrum-Störung

55. 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

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

nein     ja;    Wenn ja: Welche?

---

---

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

---

---

## Alkohol / Drogen

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

---

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

---

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

nein     ja

Wenn ja: Wieviel Alkohol haben Sie *damals* getrunken?

\_\_\_\_\_ Wann war das? \_\_\_\_\_

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

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? |
|-----|-------|-----------------|
|-----|-------|-----------------|

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

62. Haben Sie jemals Drogen (Haschisch, Kokain, Ecstasy, Heroin) genommen?  
(Während der Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik ist der Konsum von Drogen nicht gestattet!)

nein     ja

Wenn ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?

\_\_\_\_\_

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

.....

.....

**Internet**

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

.....

.....

**Ehemalige Patient:innen**

.....

**Sonstige** (z.B. Werbeanzeige, Zeitungsartikel, Fernsehbeitrag)

.....

**Weitere wichtige Informationen auf der letzten Seite!**

## Weitere Informationen

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch auf den Seiten 2 – 11 alle relevanten Fragen beantwortet haben. Und vergessen Sie Ihre Unterschrift im umrandeten Textbereich auf dieser Seite bitte nicht (s.u.).

Bitte senden Sie den Fragebogen anschließend ausgefüllt auf einem der folgenden Wege an uns zurück:

- per Post: Christoph-Dornier-Klinik GmbH, Patientenmanagement, Tibusstraße 7-11, 48143 Münster
- per (verschlüsselter) E-Mail: [patientenservice@c-d-k.de](mailto:patientenservice@c-d-k.de)
- per Fax: 0251/4810-144

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Nach der Auswertung des Fragebogens werden wir uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen, um Sie über das Ergebnis der Auswertung zu informieren. Hierfür entstehen Ihnen keine Kosten.

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

Vorname und Name in Druckbuchstaben: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

### 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“.