

## Fragebogen zum Vorgespräch

Liebe Klientin,  
Lieber Klient,

um Sie und uns in der begrenzten Zeit des Vorgesprächs zu entlasten, möchten wir Sie bitten nachfolgende Fragen schon zu Hause zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen sowie den Anmeldebogen und die Einweisung an oben genannte Adresse zurückzusenden.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen so ausführlich wie möglich aus – Mehrfachnennungen sind möglich.**

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

### 1. Was sind Ihre aktuellen Beschwerden, wegen derer Sie sich an uns wenden?

welche Beschwerden

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

seit wann

wie oft

wie lange

bisherige Behandlung

---

---

---

---

Arbeitsunfähigkeit/seit  
wann

## Fragebogen zum Vorgespräch

### 2. Wie sieht Ihre aktuelle Therapie aus?

Machen Sie bereits eine Psychotherapie?  ja  ich habe früher eine Therapie gemacht  nein

seit wann / wann \_\_\_\_\_

Verfahren \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja, Schlaf- oder Beruhigungsmittel  ja, Sonstige  nein

welche \_\_\_\_\_

### 3. Vorgeschichte

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren behandelt?  ja, in der Psychosomatik  ja, im Krankenhaus  
 ja, in der Psychiatrie  nein

wo und wann, \_\_\_\_\_

stationär /  
teilstationär \_\_\_\_\_

Haben sie eine Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> Antrag läuft noch	<input type="checkbox"/> Antrag abgeschlossen
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Widerspruch geplant	

Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?  ja  nein

wie oft und wann \_\_\_\_\_

Denken Sie manchmal daran sich das Leben zu nehmen?  ja  nein

wie oft u. wann zuletzt \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Drogen? Oder haben Sie Drogen konsumiert?  ja  ja, ich habe früher Drogen konsumiert  nein

welche / wie viel \_\_\_\_\_

wann \_\_\_\_\_

## Fragebogen zum Vorgespräch

Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
wie oft / wie viel _____			
wann zuletzt _____			

Leiden Sie an schwerwiegenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
welche _____		

Ihre Körpergröße	_____, _____ m
Ihr aktuelles Gewicht	_____, _____ kg

<b>4. Wie ist Ihr Familienstand?</b>
<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
<input type="checkbox"/> Partnerschaft seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____
<input type="checkbox"/> kinderlos <input type="checkbox"/> Kinder >Anzahl: _____ >Alter: _____ >leben bei: _____

<b>5. Was sind Ihre Erwartungen an die Therapie, welche Ziele haben Sie?</b>

<b>6. Was sind Ihre Ressourcen, was gibt Ihnen Halt und Kraft im Leben?</b>

\_\_\_\_\_ Datum                      \_\_\_\_\_ Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.