

Fragebogen zum Vorgespräch



Median Klinik Odenwald
Fachkrankenhaus für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Ernst-Ludwig-Straße
64747 Breuberg

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 rechts genannte Adresse zurückzusenden. **Bitte füllen Sie den Fragebogen so ausführlich wie möglich in Blockschrift aus – Mehrfachnennungen sind möglich.**

| 1. Angaben zur Person | | |
|---|--------------------|--|
| Vorname, Nachname: | | Geb.-Datum: |
| Anschrift: | | Tel.: |
| Körpergröße: | aktuelles Gewicht: | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| <input type="checkbox"/> berufstätig | als / seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos | seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig | seit / wegen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Berentung | wegen _____ | |
| <input type="checkbox"/> Grad d. Behinderung _____ | wegen _____ | |
| Familienstand | | |
| <input type="checkbox"/> ledig | | <input type="checkbox"/> kinderlos |
| <input type="checkbox"/> Single | seit _____ | <input type="checkbox"/> Kinder, Anzahl und Alter: _____ |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft | seit _____ | leben bei: _____ |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> geschieden | seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | seit _____ | |
| Sollen Kinder mit aufgenommen werden (2-12 J.)? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja wer _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Pflegestufe: _____ | | |
| Grad der Behinderung: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Kostenzusage beantragt? | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

| 2. Was sind Ihre aktuellen Beschwerden, wegen derer Sie sich an uns wenden? | |
|---|-----------------|
| | seit wann _____ |
| | wie oft _____ |
| | wie lange _____ |

Fragebogen zum Vorgespräch

| |
|---|
| 3. Wie sieht Ihre aktuelle Therapie aus? |
| Machen Sie bereits eine Psychotherapie? <input type="checkbox"/> ja seit wann / Verfahren _____ <input type="checkbox"/> ich habe früher eine Therapie gemacht wann / Verfahren _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Medikamente? <input type="checkbox"/> ja, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, welche _____ <input type="checkbox"/> ja, Sonstige, welche _____ Medikamentenplan bitte beifügen <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Weitere Informationen |
| Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> ja wie oft / wie viel _____ <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein wann zuletzt _____ |
| Konsumieren Sie Drogen? <input type="checkbox"/> ja welche / wie viel _____ <input type="checkbox"/> ich habe früher Drogen konsumiert, welche _____ <input type="checkbox"/> nein wann zuletzt _____ |
| Med. Cannabis? <input type="checkbox"/> ja was / wie viel _____ |
| Leiden Sie an schwerwiegenden Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja welche _____ <input type="checkbox"/> nein _____ |
| Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär oder teilstationär in einer Klinik behandelt? <input type="checkbox"/> ja, in einer Psychosomatischen Klinik wo und wann: _____ <input type="checkbox"/> ja, in der Psychiatrie wo und wann: _____ <input type="checkbox"/> ja, im Krankenhaus wo und wann: _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Rente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Antrag läuft noch, Ergebnis noch offen <input type="checkbox"/> ja, Antrag abgeschlossen → Widerspruch geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie oft und wann _____ |
| Denken Sie manchmal daran sich das Leben zu nehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie oft und wann zuletzt _____ |

Fragebogen zum Vorgespräch

5. Biografie

Wer war die Bezugsperson in Ihrer Kindheit?

- Mutter Großmutter mütterlicherseits Großmutter väterlicherseits
 Vater Großvater mütterlicherseits Großvater väterlicherseits
 Weitere, wer _____

Wie haben Sie diese Person erlebt?

Kam es bei Ihrer Geburt zu Komplikationen?

- nein, zumindest nicht bekannt
 ja _____

Schulische Erfahrungen:

Frühere Partnerschaften:

Einschneidende Erlebnisse, die das Leben positiv oder negativ geprägt haben:

6. Was sind Ihre Erwartungen an die Therapie, welche Ziele haben Sie?

Fragebogen zum Vorgespräch

7. Was sind Ihre Ressourcen, was gibt Ihnen Halt und Kraft im Leben?

Datum und Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.