

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 aus – Mehrfachnennungen sind möglich.**

1. Angaben zur Person	
Vorname, Nachname:	Geb.-Datum:
Anschrift:	Tel.:
Körpergröße:	aktuelles Gewicht:
<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 _____ Sollen Kinder mit aufgenommen werden (bis 12 J.)? <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> ja wer _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> nein	

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

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 _____ <input type="checkbox"/> nein

Fragebogen zum Vorgespräch

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 _____	
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 _____	
5. Biografie		
Wer war die Bezugsperson in Ihrer Kindheit?		
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Großmutter mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> Großmutter väterlicherseits
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Großvater mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> Großvater väterlicherseits
<input type="checkbox"/> Weitere, wer	_____	
Wie haben Sie diese Person erlebt?		
Kam es bei Ihrer Geburt zu Komplikationen?		
<input type="checkbox"/> nein, zumindest nicht bekannt		
<input type="checkbox"/> ja	_____	

Fragebogen zum Vorgespräch

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?

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

Datum und Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.