

## M4.2 Eingangsfragebogen

Familienname:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Telefon privat:	Telefon Geschäft:
Handy:	E-Mail:
Krankenkasse:	Versicherten-Nummer:

Bitte schildern Sie in wenigen Worten das Hauptproblem, weshalb Sie sich zur Behandlung an uns wenden:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Seit wann leiden Sie darunter und kennen Sie Auslöser des Problems?

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Gab es bezüglich des Problems bereits andere Behandlungsversuche?

Jahr	Klinik oder Fachperson	Art der Behandlung	Resultat

Bei wem sind Sie momentan in ärztlicher oder psychologischer Behandlung?

Seit wann	Klinik oder Fachperson	Art der Behandlung	Resultat

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?		
Präparat	Dosierung	Seit wann?

Welches sind Ihre Erwartungen an eine Behandlung in unserer Einrichtung?

Wer hat Ihnen die Anmeldung in unserer Einrichtung empfohlen?

### Fragen zu einzelnen Problembereichen

#### 1. Angst

Leiden Sie an unangemessenen starken Ängsten? Ja     Nein   
**(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 2 Zwang)**

Worauf beziehen sich die Ängste?

Wie äußern sich die Ängste?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Ängste?

Wie gehen Sie damit um?

## 2. Zwang

Leiden Sie an Zwangsgedanken und/oder -handlungen?  
(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 3 Depression)

Ja  Nein

Wie lauten die Inhalte Ihrer Zwangsgedanken?

Welche Zwangshandlungen führen Sie durch?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Zwänge?

Wie gehen Sie damit um?

## 3. Depression

Leiden Sie an depressiven Verstimmungen?  
(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 4 Essen)

Ja  Nein

Wie äußert sich das Problem?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Depressionen?

Wie gehen Sie damit um?

Gab es früher auch schon Phasen der Depression?

#### 4. Essen

Leiden Sie an Ihrem Essverhalten oder unter Ihrem Körpergewicht?

Ja  Nein

**(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 5 Alkohol)**

Wie äußert sich das Problem?

Körpergröße? Momentanes Gewicht?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Essprobleme?

Wie gehen Sie damit um?

Nehmen Sie Laxanzien oder Diuretika ein?

#### 5. Alkohol

Trinken oder tranken Sie früher Alkohol?

Ja  Nein

Beschreiben Sie Ihre Trinkgewohnheiten:

Haben oder hatten Sie je Probleme mit Ihrem Alkoholkonsum?

Ja  Nein

**(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 6 Medikamente)**

Seit wann bestehen diese Probleme?

Sind Sie wegen Alkoholproblemen bereits behandelt worden?

Ja  Nein

Jahr	Klinik oder Fachperson	Resultat

## 6. Medikamente

Nehmen Sie zurzeit Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?  
(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 7 Drogen)

Ja  Nein

Name des Schlafmittels	Seit wann	Momentane Dosierung
Name des Beruhigungsmittels	Seit wann	Momentane Dosierung

## 7. Drogen

Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen?  
(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 8 Verhaltensstörungen)

Ja  Nein

Name der Substanz	Zeitraum	Häufigkeit

## 8. Verhaltensstörungen

Leiden Sie unter Verhaltensgewohnheiten, die Sie gerne  
ändern würden?  
(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 9 Schlaf)

Ja  Nein

Bitte erläutern Sie diese

## 9. Schlaf

Leiden Sie an Schlafproblemen?

Ja  Nein

**(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 10 Partnerschaft & Familie)**

Wie äußern sich die Schlafprobleme?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Schlafprobleme?

Wie gehen Sie damit um?

## 10. Partnerschaft und Familie

Leiden Sie an Problemen in Ihrer Partnerschaft oder Familie?

Ja  Nein

**(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 11 Körperliche Beschwerden)**

Wie äußern sich die Probleme?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben diese Probleme?

Wie gehen Sie damit um?

## 11. Körperliche Beschwerden

Leiden Sie an körperlichen Beschwerden oder Sorgen bezüglich Ihrer Gesundheit?

Ja  Nein

**(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 12 Sexualität)**

Wie äußern sich diese Beschwerden oder Sorgen?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden oder Sorgen?

Wie gehen Sie damit um?

Gibt es medizinische Abklärungen und Befunde?

## 12. Sexualität

Haben Sie Probleme bezüglich Ihrer Sexualität?

Ja  Nein

**(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 13 Andere Probleme)**

Wie äußern sich diese Probleme?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben diese Probleme?

Wie gehen Sie damit um?

Gibt es diesbezüglich medizinische Abklärungen und Befunde?

### 13. Andere Probleme

Leiden Sie an anderen, bisher nicht erwähnten Problemen, Sorgen oder Beschwerden?

Ja     Nein

Wie äußern sich diese Beschwerden oder Sorgen?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Wie beeinträchtigen Sie diese Beschwerden oder Sorgen?

Wie gehen Sie damit um?

Wir danken Ihnen für Ihre Auskünfte.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt!