

Gesundheitsfragebogen emotionales, psychologisches und soziales Wohlbefinden



Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen, soweit möglich, auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Strasse: PLZ: Ort:

E-Mail: Tel.: Mobil:

Krankenkasse: gesetzl. privat
Beihilfe Zusatzvers.

Hausarzt:

Beziehungssituation:

- allein lebend verheiratet geschieden
 in einer festen Partnerschaft Ich habe Kind/-er Ich habe keine Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: Wochenarbeitszeit: Stunden

- im Studium Angestellt selbständig im Ruhestand arbeitslos

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- auf Empfehlung von Bewertungsportale (Google, Jameda, Facebook, o.ä.)
 Praxishomepage sonstiges

Welches Thema führt Sie zu mir und seit wann in etwa begleitet es Sie?

.....
.....

Welches Ziel möchten Sie erreichen?

.....

.....

In welchen Situationen sind Ihre Probleme sehr stark, in welchen weniger stark ausgeprägt?

.....

.....

Welche Symptome gab oder gibt es bei Ihnen selbst (und seit wann)?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühle | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Wutanfälle | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel-Einnahme |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> häufige Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> übermäßiger Ehrgeiz |
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> Liebeskummer | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu Entspannen |
| <input type="checkbox"/> Muskelverspannung | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel-Einnahme |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Euphorie | <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Suizidgedanken/Handlungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tagträume | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen | <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Abhängigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit | <input type="checkbox"/> Angst vor dem Alleinsein |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Halluzinationen | <input type="checkbox"/> Versagensängste | <input type="checkbox"/> körperliche Erkrankung | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Rauchen | <input type="checkbox"/> Alkoholentzug | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Zwangshandlungen | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken | <input type="checkbox"/> Schwarz-Weiß-Denken |
| <input type="checkbox"/> innere Leere | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Passivität/ Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> familiäre Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Impulsivität | <input type="checkbox"/> Überdrehtheit | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Prüfungsangst | <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Freude zu haben |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Erschöpfungsgefühl | <input type="checkbox"/> panische Angst | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme |

Welche Vermutungen haben Sie selbst darüber, wie Ihre Probleme entstanden sind und womit sie zusammenhängen könnten?

.....

.....

Waren Sie wegen Ihrer aktuellen Themen schon einmal in Behandlung?

Nein

Ja

ambulant

stationär

psychiatrisch

psychotherapeutisch

psychosomatisch

Im Alter von Jahren (von bis)

Waren Sie wegen anderer psychischer Belastungen schon einmal in Behandlung?

Nein

Ja

ambulant

stationär

psychiatrisch

psychotherapeutisch

psychosomatisch

Im Alter von Jahren (von bis)

Grund der Behandlung:

Art der Behandlung:

Ergebnis der Behandlung:

Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt? Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen in der Familie besonders häufig auf?

.....
.....

Haben irgendwelche Personen positiven oder negativen Einfluss auf das Behandlungsthema (Partner, Kollegen, Chef, Familie, Freunde?)

Positiv:

Negativ:

Gab es in den letzten 5 Jahren besondere Veränderungen oder Ereignisse in Ihrem Leben?

.....
.....

Wie kam es dazu, dass Sie sich gerade jetzt professionelle Unterstützung suchen?

.....
.....

Was haben Sie bisher selbst versucht, Ihre Probleme in den Griff zu bekommen?

.....
.....

Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten? Kommen Sie gut mit diesen zurecht?

.....
.....

Wie ernähren Sie sich? (regelmäßig / gesund / ausgewogen)

.....
.....

Bekommen Sie genug Licht / Sonne? (evtl. saisonal abhängige Depressionen in der Winterzeit oder bei Büroangestellten?)

.....
.....

Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Person, die es Ihnen bisher ermöglichen, mit Herausforderungen umzugehen?

.....
.....

Welchen Tätigkeiten und Beschäftigungen gehen Sie in Ihrer freien Zeit nach? Womit befassen Sie sich besonders gerne und/oder häufig?

.....
.....

Machen Sie regelmäßig Sport – wenn ja, welchen Sport und wie häufig?

.....
.....

In welchen Situationen können Sie entspannen und Energie auftanken?

.....
.....

Haben Sie Erfahrung mit Hypnose oder EMDR?

.....
.....

Gibt es etwas, was ich als Therapeutin besonders beachten oder vermeiden sollte?

.....
.....

Medikation:

Notieren Sie bitte alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel inkl. Mengenangaben und Dosierung, die Sie aktuell einnehmen inkl. Verhütungsmaßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.)

Präparat	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Nur bei Bedarf
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!