

Selbstauskunftsbogen

Bitte ausdrucken und per Post oder Fax senden

1. Angaben zur Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Telefon	Mobiltelefon
Telefax	E-Mail
Straße	PLZ/Wohnort
Krankenversicherung	

Hausarzt

Psychiater/Psychotherapeut

Waren Sie in den letzten 2 Jahren bereits in **ambulanter psychotherapeutischer** Behandlung oder sind Sie gerade in Behandlung?

Ja Nein

Falls **JA**, bitte Angaben zur Behandlung.

Name und Anschrift des Behandlers:

Zeitraum der Behandlung:

Fachrichtung des Therapeuten:

2. Aktuelle Beschwerden

2.1 Bitte beschreiben Sie Ihre **derzeit belastendsten Probleme** kurz in eigenen Worten, wegen derer Sie eine Behandlung wünschen.

2.2 Wie haben sich diese Probleme entwickelt? (Beginn und zeitlicher Verlauf)

2.3 Was haben Sie bisher unternommen? Was hat geholfen? Was hat die Probleme vielleicht auch nur ein wenig gelindert?

3. Vorerkrankungen

3.1 Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer **psychotherapeutischer** oder **psychiatrischer** Behandlung?

Erkrankung/Diagnose	Jahr/Monat	Behandler/Ort	Dauer

3.2 Bestehen bei Ihnen **aktuell körperliche** Erkrankungen oder waren Sie früher **körperlich** krank?

Erkrankung/Diagnose	Jahr/Monat	Behandler/Ort	Dauer

Sollten Ihnen aktuelle Berichte/Befunde von Ärzten/Psychotherapeuten vorliegen, dann fügen Sie diese bitte dem Selbstauskunftsbogen in Kopie bei.

3.3 Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (regelmäßig oder bei Bedarf)?

Name des Medikaments	Dosis in mg	Wie oft?	Wann zuletzt?	Maximale Einnahme pro Tag

4. Bitte lesen Sie zuerst alle Aussagen durch und kreuzen bitte an, was **derzeit** auf Sie zutrifft. Mehrfachangaben möglich.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unangenehme (und unsinnige) Gedanken | <input type="checkbox"/> Verlust an Interessen und Angenehmen |
| <input type="checkbox"/> Unangenehme (und unsinnige) Handlungen | <input type="checkbox"/> Verminderte Aktivität |
| <input type="checkbox"/> Dauernder Hunger | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung fettmachender Speisen | <input type="checkbox"/> Früheres Erwachen als gewohnt (2h und mehr) |
| <input type="checkbox"/> Gefühl zu dick zu sein trotz besseren Wissens | <input type="checkbox"/> Am schlimmsten ist es morgens |
| <input type="checkbox"/> Hungern | <input type="checkbox"/> Anhaltende grundlose Erschöpfung und Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Übermäßige Schlafneigung während des Tages |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug |
| <input type="checkbox"/> Ausbleibende Regelblutung | <input type="checkbox"/> Einsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Essanfälle mit großen Nahrungsmengen | <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen etc., um Nahrung loszuwerden | <input type="checkbox"/> Verzweiflung |
| <input type="checkbox"/> Scham | <input type="checkbox"/> Häufige Suizidgedanken |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> Furcht vor Menschenmengen |
| <input type="checkbox"/> Mangelnde Alltagsbewältigung | <input type="checkbox"/> Furcht, einen sicheren Ort zu verlassen |
| <input type="checkbox"/> Starke Bedrohung erlebt | <input type="checkbox"/> Furcht vor Aufmerksamkeit |
| <input type="checkbox"/> Plötzliches Wieder-Erleben der Bedrohung | <input type="checkbox"/> Furcht, peinlich zu sein |
| <input type="checkbox"/> Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein | <input type="checkbox"/> Furcht vor etwas Speziellem: _____ |
| <input type="checkbox"/> Eigene Gefühle fühlen sich fremd an | <input type="checkbox"/> Plötzliche Panikattacken |
| <input type="checkbox"/> Gefühl, Umgebung ist unwirklich | <input type="checkbox"/> Ständige Befürchtungen im Alltag |
| <input type="checkbox"/> Umwelt wirkt fremd und uninteressant | <input type="checkbox"/> Übertriebenes Vermeidungsverhalten |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Nicht feststellbares körperliches Leiden |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Wutausbrüchen | <input type="checkbox"/> Ständige starke Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Plötzliches Handeln, ohne nachzudenken | <input type="checkbox"/> Misstrauen gegenüber Ärzten/Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Unsicherheit bezüglich des eigenen Selbstbilds | <input type="checkbox"/> Ständige Sorge um körperliche Symptome |
| <input type="checkbox"/> Intensive, aber nur kurze Beziehungen | <input type="checkbox"/> Anhaltende Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzungen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Andauerndes Bedrohungsgefühl | <input type="checkbox"/> Herzklopfen und Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Übertreibung eigener Leistungen und Talente | <input type="checkbox"/> Speiseröhre Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Überzeugung, besonders und einmalig zu sein | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Häufiger Neid auf andere | <input type="checkbox"/> Häufiger Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Kritik und Verachtung für Autoritätspersonen | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben | <input type="checkbox"/> Taubheits- oder Kribbelgefühle |
| <input type="checkbox"/> Unbeteiligt sein bei Gefühlen anderer | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten | <input type="checkbox"/> Wechseljahres- Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Aggressionen und Gewalt | <input type="checkbox"/> Stark schwankende Gefühle |
| <input type="checkbox"/> Übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein |
| <input type="checkbox"/> Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte | <input type="checkbox"/> Neigung zu starkem Zweifel |
| <input type="checkbox"/> Gesteigerte Aktivität | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung durch eigenen Perfektionismus |
| <input type="checkbox"/> Vermindertes Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> Sorge, im Sozialen kritisiert zu werden |
| <input type="checkbox"/> Riskantes Verhalten | <input type="checkbox"/> Unterordnung und Nachgiebigkeit |
| <input type="checkbox"/> Starke Überzeugung, die nicht geteilt wird | <input type="checkbox"/> Angst, nicht für sich allein sorgen zu können |
| <input type="checkbox"/> Gedanken werden gemacht oder hörbar | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken |
| <input type="checkbox"/> Hören von Stimmen | <input type="checkbox"/> Einzelgängertum |
| <input type="checkbox"/> Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten | <input type="checkbox"/> Störendes Beharren auf eigene Rechte |
| <input type="checkbox"/> Drang zum Diebstahl ohne materielle Not | <input type="checkbox"/> Gefühl, Opfer von Intrigen zu sein |
| <input type="checkbox"/> Drang zur Brandstiftung | |
| <input type="checkbox"/> Konflikt mit dem Gesetz | |
| <input type="checkbox"/> Vermindertes Selbstwertgefühl | |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | |

5. Alkohol und Drogen

5.1 Konsumieren Sie **Alkohol** in schädlichen Mengen?

Ja Nein

Wenn ja, wie oft und wann zuletzt?

5.2 Haben Sie in der Vergangenheit **Alkohol** in schädlichen Mengen konsumiert?

Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt?

5.3 Konsumieren Sie aktuell **THC**?

Ja Nein

Wenn ja, wie oft und wann zuletzt?

5.4 Haben Sie in der Vergangenheit **THC** konsumiert?

Ja Nein

Wenn ja, wie oft und wann zuletzt?

5.5 Konsumieren Sie aktuell **andere Drogen**?

Ja Nein

Wenn ja, welche wie oft und wann zuletzt?

5.6 Haben Sie in der Vergangenheit **andere Drogen** konsumiert?

Ja Nein

Wenn ja, welche wie oft und wann zuletzt?

6. Lebenssituation

Status Wohnen

Anzahl, Geschlecht und Alter ihrer Kinder

Berufliche Situation

Erlerner Beruf

Aktuell ausgeführter Beruf

Wenn Sie nicht arbeiten, zuletzt ausgeführter Beruf

Arbeitslos seit

Arbeitsunfähig seit

Rentenantrag gestellt am

Berentet seit

Grund der Arbeitsunfähigkeit/des Rentenantrags/der **vorzeitigen** Berentung

7. Alltag

Was hat Ihnen zuletzt Freude bereitet? Womit haben Sie sich gern beschäftigt? Worin sind Sie richtig gut?

8. Perspektive

Was soll sich ändern? Wenn Sie sich Ihren Prozess als **Heldenreise** vorstellen, was ist Ihre *Superkraft*? *Wer* möchten Sie nach der Behandlung sein? Was soll anders sein in Beziehungen, im Beruf, im Alltag?

Vielen Dank!