

Anmeldebogen

Liebe Patient:innen,

in unserer Psychosomatischen Institutsambulanz (PSIA) behandeln wir Erkrankungen, bei denen eine enge Verknüpfung zwischen körperlichem Befinden und psychischem Erleben besteht. Um Ihre Anmeldung zügig bearbeiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und vollständig.

ZUM ANMELDEBOGEN BENÖTIGEN WIR ZUSÄTZLICH:

- Einen aktuellen Arztbrief (ein Kurzarztbrief ist ausreichend) von anmeldenden Fachärzt:innen oder Psychologischen Psychotherapeut:innen oder ggf. von der verlegenden Klinik. Zusätzliche ältere Arztbriefe sind hilfreich.
- Bei gesetzlich versicherten Patient:innen einen Überweisungsschein von Ihrer:m Fachärzt:in (für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Ärztliche:r Psychotherapeut:in). Der Überweisungsschein soll zwingend an die „Psychosomatische Institutsambulanz“ adressiert werden und entweder eine psychosomatische Diagnose (F44 - F45) oder eine psychiatrische Diagnose (F32 - F64) mit einer begleitenden, pathogenetisch verbundenen, somatischen Diagnose enthalten. Eine hausärztliche Überweisung ist ebenfalls möglich; in dem Fall erfolgt die Diagnosestellung durch unsere Fachärzt:innen vor Ort.
- Bei privat versicherten Patient:innen eine Kostenzusage für mindestens 6 Monate von Ihrer Krankenversicherung und ggf. Ihrer Beihilfestelle.

Wichtig: Wenn es zu einer Behandlung in der PSIA kommt, können keine zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlungen durch externe Psychotherapeut:innen erfolgen.

Angaben zu meiner Person

Name, Vorname: _____ ggf. **Geburtsname:** _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: privat: _____ dienstlich: _____
mobil: _____ **Email:** _____

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zur Klärung meiner stationären Aufnahme mit mir per E-Mail Kontakt aufnehmen (Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 a DSGVO): **Ja / Nein**

Geburtsdatum: _____ **Geschlechtsidentität:** männlich / weiblich / divers
falls abweichend, **Geburtsgeschlecht:** männlich / weiblich
Größe: _____ **Gewicht:** _____
Krankenkasse: _____

Meine Ärzte und Behandler

Hausarzt: _____
(Name/ Adresse) _____
Psychiater/ Neurologe: _____
(Name/ Adresse) _____
Psychotherapeut: _____
(Name/ Adresse) _____

Sind Sie aktuell in **ambulanter** Psychotherapie? ja nein

Meine aktuelle Lebenssituation

Familienstand: ledig Partnerschaft verheiratet geschieden verwitwet

Schulabschluss: noch in der Schule kein Schulabschluss
 Hauptschule/8. Klasse POS Realschulabschluss/10. Klasse POS
 Fachabitur/Abitur/EOS sonstiges

Berufliche Situation: berufstätig Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
 Ausbildung arbeitslos gemeldet
 Studium Frührente/ Altersrente/ Pension
 unbekannt/ unklar EU-/ BU-Rente

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? ja nein
 Wenn ja, seit wann? ____/____/____

Gibt es ein laufendes Rentenverfahren? ja nein
 Gibt es ein laufendes Gerichtsverfahren? ja nein

Behinderungen:

Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen, etc.)? ja nein
 Haben Sie eine Hörminderung? ja nein
 Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? (Kopie des Betreuerausweises bitte mit einreichen) ja nein
 Haben Sie einen Pflegegrad? Bitte Pflegegrad eintragen: _____ ja nein

Drogen/Suizid:

Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen? ja nein
 Haben Sie in den letzten 3 Monaten Drogen genommen? ja nein
 Wenn ja, wie häufig konsumieren Sie? _____
 Haben Sie schon einmal Selbstmordgedanken gehabt? ja nein
 Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch gemacht? ja nein
 Wenn ja, in welchem/n Jahr/en? _____

Vorerkrankungen und Behandlungen

Waren Sie schon einmal in **stationärer** psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlung? ja nein

Falls ja, bitte machen Sie dazu einige Angaben und reichen entsprechende Berichte/Vorbefunde zusätzlich mit ein:

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Haben Sie schwere körperliche Erkrankungen? nein ja - Welche?:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Geben Sie bitte hier die Medikamente an oder reichen einen Medikamentenplan mit ein:

Tetanusimpfstatus: nicht geimpft geimpft, wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Problematik, aufgrund der Sie eine Behandlung in der PSIA in Tiefenbrunn anstreben:

**Ich vermute die Ursachen und Hintergründe meiner Probleme in folgenden Themen
(Stichworte)**

Welche Ziele möchten Sie durch eine Behandlung in der PSIA erreichen? Was soll sich ändern?

Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Therapie berücksichtigt werden? Bitte kreuzen Sie jeweils nach Wichtigkeit für Sie die einzelnen Punkte an.

	Unwichtig	Weniger wichtig	Wichtig	Vordringlich
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste/ Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen/ Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken/ Zwangshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft/ Ehe/ Freundschaften/ Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Stress/ Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotische Symptome (Stimmenhören, paranoides/wahnhaftes Erleben, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil "zappelig" oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zum Thema „Angst“

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| | | NEIN | JA |
| a. | Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 4

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| b. | Ist dies bereits früher einmal vorgekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.1. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| | | NEIN | JA |
| a. | Bekamen Sie schlecht Luft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Haben Sie geschwitzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Hatten Sie das Gefühl zu ersticken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Zitterten oder bebten Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. | Hatten Sie Angst, Sie würden sterben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- | | | Überhaupt
nicht | An einzelnen
Tagen | An mehr als
der Hälfte
der Tage | Beinahe je-
den Tag |
|----|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| a. | Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Schwierigkeiten zu entspannen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Fragen zum Thema Schlaf		NEIN	JA
a.	Leiden Sie an Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Leiden Sie an Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Wie viele Stunden schlafen Sie täglich?		
d.	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Haben Sie eine Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Benötigen Sie eine CPAP-Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Haben Sie Alpträume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Schlafwandeln Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Fragen zum Thema Essen		NEIN	JA
a.	Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wieviel und was Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6			
c.	Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?		NEIN	JA
a.	Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?		NEIN	JA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|-----------|--|--------------------------|--------------------------|
| | | NEIN | JA |
| 6. | Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 7

- | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 6.1. | Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten? | NEIN | JA |
| a. | Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 7. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:**

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert

Fragen zu erschütternden Lebensereignissen Im Folgenden wird nach einer Reihe von **schwerwiegenden oder traumatischen Lebensereignissen** gefragt. Geben Sie bitte für jedes Ereignis an, ob und wann (ungefähres Alter) es passiert ist.

	JA	NEIN	Alter
1. Schwerer Unfall (z.B. Arbeit- oder Autounfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Naturkatastrophe, Kampfeinsatz, Gefangenschaft, Folter (zutreffendes bitte markieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Gewalttätiger Angriff Sexueller Angriff (z.B. Vergewaltigung/ versuchte Vergewaltigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Sexuelle Grenzverletzung im Alter von unter 18 Jahren Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Lebensbedrohliche Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. anderes Ereignis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. andere Ereignis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wenn Sie mehrmals **JA** angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet: _____

Wenn Sie **keines der Erlebnisse** hatten, brauchen Sie **keine weiteren Fragen** zu beantworten.

Wenn Sie bei einem oder mehreren Ereignissen **JA** angekreuzt haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen für das schlimmste Erlebnis.

Während des schlimmsten Erlebnisses...

	JA	NEIN
... fühlten Sie sich hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie starke Angst, oder waren voller Entsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den **letzten Monat**:

	Überhaupt nicht	1 x pro Woche oder seltener	2-4 x pro Woche/ die Hälfte der Zeit	5 x pro Woche/ fast immer
1. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis wichtig für Sie waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fühlten Sie sich den Menschen Ihrer Umgebung deswegen entfremdet und anders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z. B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie das Gefühl durch das Erlebnis, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z. B. dass Sie keine Kinder haben oder dass Sie keinen Erfolg im Beruf haben würden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie Ein- oder Durchschlafstörungen seit dem Erlebnis (d. h. vorher noch nicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Waren Sie nervös oder schreckhaft (z. B. wenn jemand hinter Ihnen Geräusche macht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstbeschreibung

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Aussagen, die man verwendet, um sich selbst zu beschreiben. Bitte lesen Sie jeden Satz durch und entscheiden Sie, wie sehr er auf Ihre Gefühle, Gedanken und Beziehungen in Ihrem Alltag zutrifft. Kreuzen Sie hierzu jeweils das entsprechende Feld von 1 („trifft nie zu“) bis 5 („trifft immer zu“) an. Denken Sie nicht zu lange über Ihre Antwort nach, sondern kreuzen Sie einfach das Feld an, das Ihnen als erstes in den Sinn kommt. Bitte lassen Sie bei Ihrer Beantwortung keinen Satz aus.

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft gele- gent- lich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu
1. Ich spüre, dass mein Geschmack und meine Meinungen nicht wirklich meine eigenen sind, sondern dass ich sie von anderen übernommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin mir nicht sicher, ob eine Stimme, die ich gehört habe oder etwas, was ich gesehen habe, Einbildung ist oder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es passiert mir, dass ich Dinge so sehe, dass sie sich bei näherer Betrachtung als etwas anderes herausstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es fällt mir schwer, Menschen zu vertrauen, da sie sich so oft gegen mich wenden oder mich betrügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich gehe Beziehungen mit anderen ein, die ich nicht wirklich mag, weil es mir schwer fällt, „nein“ zu sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es passiert mir, dass ich Dinge tue, die ich zu anderer Zeit für nicht allzu gescheit halte (z.B. häufig wechselnde Sexualpartner haben, lügen, trinken, Wutanfälle bekommen oder kleine gesetzwidrige Handlungen begehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leute sagen mir, dass ich mich widersprüchlich verhalte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kann nicht sagen, ob bestimmte körperliche Empfindungen, die ich habe, wirklich sind, oder ob ich sie mir nur einbilde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn andere mich erfolgreich sehen, fühle ich mich in Hochstimmung; wenn sie mich dagegen scheitern sehen, fühle ich mich am Boden zerstört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Angst, dass Leute, die wichtig für mich werden, plötzlich ihre Gefühle mir gegenüber ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich verstehe oder weiß Dinge, die niemand sonst versteht oder wissen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich verhalte mich so, dass es anderen unberechenbar und sprunghaft vorkommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nachdem ich mich mit Leuten eingelassen habe, bin ich erstaunt herauszufinden, wie sie wirklich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Es passiert mir, dass ich Dinge tue, die mir in dem Moment in Ordnung erscheinen, aber bei denen ich im Nachhinein kaum glauben kann, dass ich sie getan habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich kann nicht unterscheiden, ob ich nur möchte, dass etwas wahr wäre oder ob es wirklich wahr ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es ist schwierig für mich, alleine zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!

**Bei Fragen melden sie sich bitte im Sekretariat der Psychosomatischen
Institutsambulanz in Tiefenbrunn. Email: a.paetz@asklepios.com**

Tel: 0551 5005 377