



ASKLEPIOS

Westklinikum Hamburg

Aufn.-Nr.:

Name:

Vorname:

Wohnort:

Geb.:

PATIENTEN FRAGEBOGEN

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Vorgespräch: _____



Damit wir uns ein umfassendes Bild Ihrer seelischen und körperlichen Beschwerden sowie Ihrer Lebensverhältnisse machen können, benötigen wir bestimmte Informationen von Ihnen.

Wir werden Ihnen im Folgenden eine Reihe von Fragen zu Ihrer Person, Ihren Problemen, Ihren Anschauungen und Erlebnisweisen stellen. Es ist deshalb wichtig, dass Sie diesen Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, vollständig ausfüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.

Vielen Dank für Ihre Mühe!



1. Fragen zur Person

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon, privat: _____ dienstlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Familienstand: ledig verheiratet
 geschieden/getrennt lebend verwitwet

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf (erlernt): _____

(ausgeübt): _____

Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Geschäftsstelle: _____

selbstversichert familienversichert

Bei Familienversicherung: Name, Vorname, Geburtsdatum des

Versicherten: _____

Stationäre Zusatzversicherung: _____

Wahlleistung: _____

Name und Anschrift des überweisenden Arztes bzw. Institution:

Telefon: _____

2. Von welcher medizinischen Einrichtung wurden Sie an uns überwiesen?

- Ärztliche Praxis
 Krankenhaus/Klinik
 Poliklinik

3. Zu welchem medizinischen Fachgebiet gehörte diese Einrichtung?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Anaesthesie | <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Gynäkologie |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatik | <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Zahnheilkunde/Kieferchirurgie |

- ⊕ **4. Sind Sie zur Zeit** krankgeschrieben? ja nein
berentet? ja nein

5. Wie lange waren Sie in den letzten zwei Jahren insgesamt krankgeschrieben?

Wochen

6. Wie oft waren Sie in den letzten fünf Jahren im Krankenhaus oder zur Kur?

mal

mal davon in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Klinik

⊕

7. Wie viele Wochen waren Sie in den letzten fünf Jahren insgesamt im Krankenhaus oder einer Klinik?

Wochen

8. Wie oft haben Sie in den vergangenen zwei Jahren Allgemeinärzte und Fachärzte aufgesucht?

- 0 mal
 1 bis 4 mal
 5 bis 10 mal
 11 bis 20 mal
 mehr als 20 mal

9. **Wie oft haben Sie in den vergangenen zwei Jahren einen Psychotherapeuten, Psychologen, Psychiater oder eine psychologische Beratungsstelle aufgesucht?**

- 0 mal
- 1 bis 4 mal
- 5 bis 10 mal
- 11 bis 20 mal
- mehr als 20 mal

10. **Wie oft haben Sie in den vergangenen zwei Jahren einen Heilpraktiker, Homöopathen, Akupunkteur o. ä. aufgesucht?**

- 0 mal
- 1 bis 4 mal
- 5 bis 10 mal
- 11 bis 20 mal
- mehr als 20 mal

11. **Bei wieviel verschiedenen Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Heilkundigen waren Sie insgesamt in den letzten zwei Jahren?**

- 0 bis 2
- 3 bis 5
- 6 bis 8
- mehr als 8

12. **Welchen Schulabschluss haben Sie?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Realschule |
| <input type="checkbox"/> Fachschule/Fachoberschule | <input type="checkbox"/> Hochschul-, Fachhochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Abitur | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> mit Abschluss | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss |

13. **Sind Sie zurzeit arbeitslos?**

- ja
- nein

14. In welcher Anstellung waren Sie zuletzt beschäftigt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) | <input type="checkbox"/> Facharbeiter(in) |
| <input type="checkbox"/> einfache(r) Angestellte(r)/Beamte(r) | <input type="checkbox"/> mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r) |
| <input type="checkbox"/> höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r) | <input type="checkbox"/> Selbständig, ohne bezahlte Beschäftigte |
| <input type="checkbox"/> Selbständig, mit bezahlten Beschäftigten | <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) |
| <input type="checkbox"/> Schüler(in)/Student(in) | <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Rentner(in)/Pensionär(in) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

15. Wo wohnen Sie zurzeit?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> eigene bzw. gemeinsame Wohnung | <input type="checkbox"/> bei den Eltern |
| <input type="checkbox"/> Zimmer zur Untermiete | <input type="checkbox"/> Zimmer in Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> bei Freunden/Bekanntem | <input type="checkbox"/> in einem Heim |

- 16. Eltern:** Beruf des Vaters: _____
 Beruf der Mutter: _____
 Alter des Vaters: _____ Alter der Mutter: _____
 Vater verstorben: nein ja, an _____ Jahr: _____
 Mutter verstorben: nein ja, an _____ Jahr: _____

17. Bei wem sind Sie aufgewachsen? (z. B. Großeltern, Heim)

von wann bis wann: _____

18. Waren Vater und Mutter in der Kindheit über längere Zeit abwesend? ja nein

Mutter von _____ bis _____ Grund: _____
 Vater von _____ bis _____ Grund: _____

19. Haben Sie Geschwister? ja nein

	Geschlecht	Alter	Schulbildung	Fam.-Stand	Beruf
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

20. Das wievielte Kind in der Geschwisterreihe sind Sie? _____

21. Sind Sie verheiratet oder leben Sie in einer partnerschaftlichen Beziehung? ja nein

Angaben zum (Ehe-) Partner: Alter: _____

Schulbildung: _____

Beruf (erlernt): _____

(ausgeübt): _____

22. Haben Sie Kinder? ja nein

	Geschlecht	Alter	Schulbildung	Fam.-Stand	Beruf
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

23. Welches Anliegen oder welche gesundheitliche Beeinträchtigung führt Sie zu uns?

24. Seit wann besteht das Problem?

25. Wie stark belastet Sie Ihr Problem?

Bitte tragen Sie die Stärke Ihres Problems, abgestuft in die abgebildete Skala, zwischen den Werten 1 bis 5 ein, wobei 1=wenig Beschwerden und 5=sehr starke Beschwerden meint.

wenig mittelmäßig ziemlich stark sehr stark

1 -----2 -----3 -----4 -----5

26. **Hat Ihr Problem Ihre Beziehung zu anderen Menschen beeinträchtigt?** ja nein

Wenn ja, gegenüber welchen Personen? _____

27. **Hat Ihr Problem Sie in Ihrer Arbeit bzw. Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt?** ja nein

28. **Worin sehen Sie die Hauptursache Ihres Problems?**

⊕

29. **Sind Ihrer Meinung nach Ihre Beeinträchtigungen eher körperlich oder eher seelisch bedingt?**
Kreuzen Sie das an, was Ihrer Meinung nach am ehesten auf Sie zutrifft!

körperlich: nicht etwas zum Teil überwiegend allein

seelisch: nicht etwas zum Teil überwiegend allein

30. **Sind Sie wegen Ihres Problems schon behandelt worden?** ja nein

Wenn Sie wegen Ihres Problems schon behandelt worden sind, geben Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge an, von wem (z. B. Praktischer Arzt, Internist, Psychologe), wann und wie (z. B. Medikamente, Einzelgespräche, Gruppentherapie).

⊕

von wem	wann	wie

31. **Wie haben Sie sich darüber hinaus selbst zu helfen versucht?**

32. Sind Sie auf eigenen Wunsch gekommen? ja nein

33. Sind Sie auf Wunsch einer anderen Person gekommen? ja nein

Wenn ja, welcher Person: _____

34. Hatten Sie eine der folgenden Angewohnheiten in der Kindheit?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Daumenlutschen | <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Bettnässen | <input type="checkbox"/> Stottern |
| <input type="checkbox"/> Haare-Ausreißen | <input type="checkbox"/> Erröten | <input type="checkbox"/> Schulangst | <input type="checkbox"/> Angst, allein zu sein |
| <input type="checkbox"/> Angst in der Nacht | <input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Nachtwandeln | <input type="checkbox"/> Tagträume |
| <input type="checkbox"/> Jähzorn | <input type="checkbox"/> Schaukeln | <input type="checkbox"/> lange und gehäufte Krankheiten | |

Sonstige: _____

35. Hatten Sie Operationen?

36. Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche und wieviele?

Name des Medikaments	Dosis