



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: \_\_\_\_\_

Beruf, 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?**

- Arbeiter(in)
- einfache(r) Angestellte(r) / Beamte(r)
- höhere(r) Angestellte(r) / Beamte(r)
- Selbständig, mit bezahlten Beschäftigten
- Schüler(in) / Student(in)
- Rentner(in) / Pensionär(in)
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Facharbeiter(in)
- mittlere(r) Angestellte(r) / Beamte(r)
- Selbständig, ohne bezahlte Beschäftigte
- Auszubildende(r)
- Hausfrau / Hausmann

**15. Wo wohnen Sie zurzeit?**

- eigene bzw. gemeinsame Wohnung
- Zimmer zur Untermiete
- bei Freunden/Bekanntem
- bei den Eltern
- Zimmer in Wohngemeinschaft
- 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: \_\_\_\_\_

Beruf, 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?**

---

---

---

---

