



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte lassen Sie sich vom folgenden Fragebogen nicht abschrecken!

Im Kassenordinationsbetrieb kann es manchmal schwierig sein, die Zeit zu finden, um alle für Ihre Behandlung wichtigen Informationen im Gespräch allein vollständig erheben zu können. Die nachfolgenden Fragen sollen deshalb dabei helfen, die für Ihre bestmögliche Behandlung wichtigen Informationen umfassender und zielsicherer zu gewinnen. Desto vollständiger Sie die nachfolgenden Fragen beantworten können, desto besser helfen Sie uns also Ihre Behandlung speziell auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abzustimmen. Sollten Sie aber bei einer Frage unsicher sein, tragen Sie an der entsprechenden Stelle bitte einfach ein Fragezeichen ein und wir werden diese Bereiche im persönlichen Gespräch später abklären. Selbstverständlich gilt für diesen Fragebogen, wie auch für alle anderen von Ihnen noch später erhobenen Informationen, die ärztliche Schweigepflicht.

Name: _____ Geb. Datum: _____

1. Vorbehandlungen wegen psychischer Probleme:

Bitte geben Sie möglichst dazu an ob es sich um psychiatrische (PS) oder psychologische (PO) oder psychotherapeutische (PT) Hilfe handelt/gehandelt hat, sowie über welchen Zeitraum und wo/bei wem die Behandlung stattfand/stattfindet

2. Nehmen Sie derzeit regelmäßig oder bedarfsweise Medikamente?

Wenn ja, bitte geben Sie möglichst an wie diese heißen, wann diese genommen werden und in welcher Dosis sowie, falls erinnerlich, auch seit wann Sie diese nehmen (Monat/Jahr).

Name	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Seit (M/J)

3. Haben Sie früher (andere) Medikamente wegen psychischer Probleme eingenommen?

Wenn ja, bitte geben Sie an wie diese heißen und, falls erinnerlich, in welcher Dosis sowie auch von wann bis wann Sie diese genommen hatten.



4. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen):

- Bluthochdruck Thrombose Herzerkrankung Schlaganfall Diabetes und Stoffwechsel
 Lebererkrankung Nierenerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Darmerkrankung
 Lungenerkrankung Epileptische Anfälle Glaukom (Grüner Star) Blutungsneigung
 Hauterkrankungen Krebserkrankungen HIV oder andere sexuell übertragbare Erkrankungen

5. Haben oder hatten Sie Probleme im Zusammenhang mit folgenden Beschwerden, Bedürfnissen, Verhaltensweisen oder Erlebnissen?

- Kraftlosigkeit, Abgeschlagenheit Traurige Verstimmung Freud- und Lustlosigkeit
 Ängste innere Unruhe Schlaf und Träumen Quälende Gedanken
 Quälende Erinnerungen Chronische Schmerzen Sexualität Selbstverletzungen
 Quälende Emotionen und Gefühle Unverstanden sein Gedächtnis-/Konzentrationsstörungen
 Tics Kontrollverlust Entscheidungsfindung Atembeschwerden Herzbeschwerden
 Magen-/Darmbeschwerden Probleme mit der Ausscheidung Schwindel Schwitzen
 Glücksspiel Essen Einkaufen intensiver Sport Handy, Computer, Online-Zeiten
 Waschen, Putzen, Sauberkeit Kontrollieren, Zählen, Ordnen Sammeln und Horten
 Wutausbrüche und Aggressionen Körpergewicht, Aussehen und Figur Gewalterfahrung
 Verlusterfahrung Missbrauchserfahrung Migrations- oder Fluchterfahrung Traumatisierung

Andere: _____

6. Konsumieren Sie regelmäßig oder phasenhaft nicht verschriebene Medikamente, Drogen oder andere Substanzen?

- Cannabis Kokain Heroin, Opiate Amphetamine, Metamphetamin Beruhigungs- und Schlafmittel Halluzinogene Ecstasy (MDMA) Schmerztabletten Hormone

Alkohol: _____/Tag/Woche/Monat/Jahr Raucher: _____/Tag/Woche/Monat/Jahr

Anderes: _____

7. Nur für Patientinnen:

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie? Nein Ja

Verwenden Sie eine Verhütungsmethode? Nein Ja, _____

Hatten sie während oder insbesondere nach früheren Schwangerschaften jemals psychische Beschwerden oder Probleme? Nein Ja

Haben sie einen aktuellen oder absehbaren Kinderwunsch? Nein Ja

Wir müssen Sie darauf aufmerksam machen, dass in wichtigen Fragen unvollständige oder grob falsche Angaben auch eine Fehlbehandlung nach sich ziehen können. Wir ersuchen Sie daher, uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Datum und Unterschrift zu bestätigen.

Datum: _____

Unterschrift: _____