

## Fragebogen zur Einleitung oder Verlängerung einer ambulanten Psychotherapie

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll helfen, Ihre ambulante Psychotherapie einzuleiten bzw. zu verlängern. Ihre Angaben bilden eine wichtige Grundlage für die Erstellung des dazu erforderlichen Antragsberichts. Ich bitte Sie daher, den Fragebogen sorgfältig zu bearbeiten. Sollten Sie bei der Beantwortung einiger Fragen zu wenig Platz haben, verwenden Sie die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen: **Teil 1** bezieht sich auf die Situation zu Therapiebeginn, **Teil 2** auf den Therapieverlauf und zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Um diese Vertraulichkeit zu unterstreichen, kennzeichnen Sie diesen Fragebogen bitte nur mit einer Chiffre, die aus dem ersten Buchstaben Ihres Nachnamens und ihrem sechsstelligen Geburtsdatum besteht.

Chiffre:    ■  ■

1. Buchstabe  
d. Nachnamens      Tag      Monat.      Jahr

---

### Teil 1 - Therapiebeginn

---

Datum des Ausfüllens:

#### 1. Persönliche Daten

Geschlecht:                      Familienstand:                      Zahl der Kinder:

Mit welchen Personen leben Sie in einem Haushalt?

Bitte beschreiben Sie ihre Wohnsituation.

Wie ist Ihre finanzielle Situation?

## 2. Symptomatik

Bitte nennen Sie alle Beschwerden oder Probleme, wegen der Sie einen Psychotherapeuten aufsuchen.

Aus welchem Anlass suchen Sie gerade zu diesem Zeitpunkt einen Psychotherapeuten auf?

Unter welchen Umständen treten die Beschwerden auf?

Unter welchen Bedingungen verbessern sich die Beschwerden? Unter welchen verschlimmern sie sich?

Was tun Sie, wenn die Beschwerden auftreten?

Wie reagieren andere auf Ihre Beschwerden?

In welchen Bereichen fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

Was ist Ihr Hauptproblem?

Unter welchen Umständen sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Wie war damals Ihre Lebenssituation?

### **3. Vorbehandlungen, Erkrankungen**

Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in Behandlung? Wenn ja, nennen Sie bitte Zeitpunkt, Dauer, Art (ambulant/stationär, Psychotherapie/Medikamente) und Erfolg der Behandlung.

Waren Sie wegen anderer psychischer Beschwerden schon in Behandlung? Wenn ja, nennen Sie bitte Zeitpunkt, Dauer, Art (ambulant/stationär, Psychotherapie/Medikamente) und Erfolg der Behandlung.

Gab/gibt es schwere körperliche Erkrankungen oder Unfälle? Wenn ja, wann und welche? Art der Behandlung und Erfolg?

Sind psychische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, welche und bei wem?

Haben Sie in den letzten Jahren regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche, wie viel und wie oft?

Konsumieren Sie Alkohol, Drogen, Tabak, koffeinhaltige Getränke? Wenn ja, was genau, wie viel und wie oft?

Körpergröße:            Gewicht:            Gewichtsveränderungen?

#### 4. Herkunftsfamilie

Mit welchen Personen sind Sie zusammen aufgewachsen?

Welche Personen gehören noch zu Ihrer Herkunftsfamilie?

Bitte beschreiben Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie.

##### Mutter:

Alter: falls verstorben, Todesursache und Todesjahr:

erlernter Beruf: ausgeübter Beruf:

Bitte beschreiben Sie die Beziehung zur Mutter während Ihrer Kindheit und Jugend. Wie hat sie sich Ihnen (und ggf. Ihren Geschwistern) gegenüber verhalten?

Wie ist die Beziehung zu Ihrer Mutter in den letzten Jahren?

##### Vater:

Alter: falls verstorben, Todesursache und Todesjahr:

erlernter Beruf: ausgeübter Beruf:

Bitte beschreiben Sie die Beziehung zum Vater während Ihrer Kindheit und Jugend. Wie hat er sich Ihnen (und ggf. Ihren Geschwistern) gegenüber verhalten?

Wie ist die Beziehung zu Ihrem Vater in den letzten Jahren?

### Geschwister:

Haben Sie Geschwister? Wenn ja, nennen Sie bitte deren Alter und Geschlecht.

Bitte beschreiben Sie kurz die Beziehung zu den Geschwistern während Kindheit und Jugend. Wie ist die Beziehung in den letzten Jahren?

Gab es andere wichtige Bezugspersonen? Wenn ja, welche?

Gibt es besonders prägende Ereignisse in Ihrer Kindheit und Jugend? Wenn ja, bitte schildern Sie diese.

### **5. Schulische und berufliche Entwicklung**

Welche weiterführenden Schulen haben Sie besucht?

Schulabschluss:

Wie waren Ihre schulischen Leistungen?

Wie war Ihr Kontakt zu Lehrern und Mitschülern?

Gab es während Ihrer Schulzeit besondere Schwierigkeiten? Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder studiert? Wenn ja, wann und mit welchem Berufsziel? Haben sie die Ausbildung/ das Studium abgeschlossen?

Bitte schildern Sie kurz Ihren weiteren beruflichen Werdegang.

Welche Tätigkeit üben Sie heute aus? Befriedigt Sie diese? Gibt es besondere Schwierigkeiten?

## **6. Freundschaften, Partnerschaften, eigene Familie**

Wie war während Ihrer Kindheit und Jugend der Kontakt zu Gleichaltrigen? Hatten Sie Freunde?

Wie ist das heute?

Wann hatten Sie erste sexuelle Kontakte und wie erlebten sie diese?

Wie erleben Sie heute Zärtlichkeit und Sexualität? Können Sie dies genießen? Gibt es besondere Schwierigkeiten oder belastende Erfahrungen?

Bitte schildern Sie Ihre Erfahrungen mit früheren partnerschaftlichen Beziehungen

Leben Sie derzeit in einer festen Partnerschaft? Wenn ja, seit wann?

Alter des Partners:

Beruf:

Geschlecht:

Wie erleben Sie diese Partnerschaft? Was ist Ihnen besonders wichtig? Welche Belastungen gibt es?

Haben Sie Kinder? Wenn ja, nennen Sie bitte deren Alter und Geschlecht und ergänzen ggf., aus welcher Partnerschaft diese stammen. Bitte erwähnen Sie auch Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche. Wenn nein, gibt es einen unerfüllten Kinderwunsch?

Welche Bedeutung haben die Kinder für Ihr Leben? Wie kommen Sie miteinander zurecht? Gibt es besondere Schwierigkeiten?

## **7. Selbstbild, Fremdbild**

Wie würden Sie sich selbst beschreiben?

Worin sehen Sie Ihre Stärken, worin Ihre Schwächen?

Fällte es Ihnen schwer, eigene Gefühle oder Bedürfnisse auszudrücken? Wenn ja, beschreiben Sie dies bitte genauer:

Wie würde Sie jemand beschreiben, der Sie gerne mag?

Und wie würde Sie jemand beschreiben, der Sie nicht mag?

Was macht Ihnen Freude? Gibt es Hobbys? Was können Sie so richtig genießen?

Gibt es belastende oder bedeutsame Lebensereignisse, die Sie bisher noch nicht erwähnt haben? Wenn ja, schildern Sie diese bitte genauer.

## **8. Therapieziele**

Welche Erwartungen und Ziele haben Sie im Hinblick auf die Therapie? Bitte nennen Sie diese so konkret wie möglich. Unterstreichen Sie das Ziel, das Ihnen am wichtigsten ist.

Was könnte in der Therapie hilfreich für Sie sein?

Was könnte hinderlich sein? Haben Sie besondere Befürchtungen?

Stellen Sie sich bitte einmal vor, sie hätten die Beschwerden, wegen der Sie gekommen sind, nicht mehr. Woran würden das als erstes merken? Wie würde sich Ihr Leben verändern?



---

---

## Teil 2 – Therapieverlauf

---

---

Datum des Ausfüllens:

Wie haben sich die Beschwerden, wegen der Sie sich in therapeutische Behandlung begeben haben, aus Ihrer Sicht verändert? Welche Ziele oder Teilziele haben Sie erreicht?

Worauf führen Sie diese Veränderungen zurück?

Welche therapeutische Vorgehensweise haben Sie als hilfreich erlebt?

Was in der Therapie haben Sie als nicht hilfreich erlebt? Was als schädlich?

Haben Sie außer der psychotherapeutischen Behandlung noch andere Möglichkeiten zur Bewältigung Ihrer Beschwerden ausprobiert? Wenn ja, welche und mit welchem Erfolg?

Welche Ereignisse während des letzten Behandlungsabschnittes haben den Erfolg der Therapie positiv beeinflusst?

Welche Ereignisse während des letzten Behandlungsabschnittes haben den Fortgang der Therapie belastet oder Rückschritte bewirkt?

Wie wirken sich die erzielten Veränderungen auf Ihren Alltag aus?

Wie reagiert Ihr Umfeld auf die Veränderungen?

Welche Themen wurden in der Therapie noch nicht bearbeitet?

Haben sich im Laufe der Therapie die ursprünglichen Probleme verlagert oder neue Probleme entwickelt? Wenn ja, welche?

Welche Veränderungen/Ziele möchten Sie noch erreichen?

Welche Erwartungen knüpfen Sie an die Fortführung der Therapie?

Was wären aus Ihrer Sicht eine hilfreiche therapeutische Vorgehensweise zur Erreichung Ihrer Ziele?

Wie schätzen Sie Ihre Möglichkeiten zur Erreichung Ihrer Ziele mit therapeutischer Unterstützung ein?

Wie schätzen Sie Ihre Möglichkeiten zur eigenständigen Bewältigung Ihre Probleme ein?

Was glauben Sie, würde passieren, wenn Sie die Therapie nicht fortsetzen würden?

Warum ist aus Ihrer Sicht eine Fortsetzung der Therapie erforderlich?

Möchten Sie mit Blick auf die Therapie etwas ergänzen, dass Sie bisher noch nicht erwähnt haben?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.