

## Fragebogen und Organisatorisches zum Erstkontakt

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,** ich bedanke mich für Ihre Anfrage bezüglich einer psychotherapeutischen Behandlung in meiner Praxis. Dieser Fragebogen soll mir einen kurzen Überblick über Ihre Beschwerden und Lebensumstände vermitteln. Eine vollständige Beantwortung der Fragen hilft, die Problemzusammenhänge zu erkennen und die Behandlung zu planen. Ich werde die Fragen mit Ihnen durchsprechen, so dass Sie Ihre Antworten erläutern und ergänzen oder korrigieren können. Da es sich um sehr persönliche Angaben handelt, werden alle von Ihnen gemachten Angaben selbstverständlich streng vertraulich behandelt. **Kein Außenstehender erhält ohne Ihre Erlaubnis Kenntnis von diesen Informationen.** Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten oder nicht beantworten können, lassen Sie das Feld frei. Versuchen Sie aber bitte, möglichst alle Fragen zu beantworten.

### Persönliche Angaben

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat / Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? Kommen Sie auf Empfehlung?

\_\_\_\_\_

An welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit können Sie regelmäßig, d.h. ein Mal pro Woche, Termine wahrnehmen? Da Nachmittagstermine seltener sind, könnte es die Wartezeit verkürzen, wenn Sie sich auch morgens oder am frühen Nachmittag Zeit für die Therapie nehmen könnten.

\_\_\_\_\_

## Grund für den Beginn der Therapie

1.) Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Beschwerden und Probleme:

---

---

---

---

2.) Bitte beschreiben Sie den Auslöser bzw. den Grund oder die Gründe, die Sie zur Aufnahme einer therapeutischen Behandlung bewegt haben?

---

---

3.) Welche der folgenden Situationen, Zustände oder Gefühle treffen auf Sie zu? Bitte unterstreichen Sie die zutreffenden Worte:

Wertlos; nutzlos; ein Niemand; intelligent; Leben ist sinnlos; inadäquat; vernünftig; dumm; inkompetent; naiv; mache nichts richtig; optimistisch; schuldig; böse; liege moralisch falsch; schreckliche Gedanken; feindlich; voller Hass; attraktiv; ängstlich; getrieben; selbstunsicher; Neigung zu Panik; aggressiv; hässlich; lebensmüde Gedanken; deformiert; wertvoll; unattraktiv; abstoßend; deprimiert; einsam; sympathisch; ich bin total verzweifelt; ungeliebt; missverstanden; gelangweilt; ohne Hoffnung; ruhelos; verwirrt; habe keine Zuversicht; im Konflikt; voll Ablehnung; voller Hoffnung; Kopfschmerzen; Schwindel; Schwächeperioden; Herzklopfen; Magenstörungen; Ohnmachten; Verdauungsstörungen; Ärgerzustände; Alpträume; Spannungsgefühle; Zittern; Depressionen; Selbstmordgedanken; Überehrgeizig; Schüchtern unter Leuten; Minderwertigkeitsgefühle; Gedächtnisschwäche; schlechte Familienverhältnisse; einsam; Konzentrationsschwierigkeiten; starkes Schwitzen.

4.) Wie verhalten Sie sich, wenn diese auftreten? Bitte unterstreichen Sie die zutreffenden Worte:

Nehme Beruhigungsmittel, Appetitlosigkeit; Schlaflosigkeit; nehme Drogen; Unfähigkeit zur Entspannung; mag keine Wochenenden und Ferien; ziehe mich innerlich zurück; kann die Arbeit über längere Zeit nicht behalten; nehme oft Schmerztabletten; Schwierigkeiten, mich zu amüsieren; finanzielle Probleme; unfähig, Entscheidungen zu treffen; unfähig, Freundschaften zu schließen; Alkoholsucht; zwischenmenschliche Konflikte; kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen; weitere Verhaltensweisen:

---

---

**5.)** Waren Sie in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen Klinik oder Behandlung?  
Wenn ja, wann, weswegen, wie lange, welches Verfahren und mit welchem Erfolg?

---

---

---

---

**6.)** Bitte geben Sie an, welche Substanzen Sie in den letzten fünf Jahren regelmäßig eingenommen haben  
Medikamente, Drogen, Alkohol, Zigaretten, Kaffee / Tee. Welche Menge und wie häufig ist der Konsum?

---

---

**7.)** Welche Diagnosen wurden gestellt? Wie nennen Sie selbst das Problem?

---

---

**8.)** Sind Sie aktuell krankgeschrieben, arbeitslos, erwerbsunfähig oder in einem laufenden Rentenverfahren?  
Wenn ja, seit wann?

---

**10.)** Gibt es ansonsten wichtige Bemerkungen/Hinweise, die für die Behandlung von Bedeutung sind?

---

---

**11)** Was befürchten Sie im Kontakt mit Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten?

---

**12.)** Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Ausfüllen des Fragebogens?

---

## C: Organisatorisches

**Medizinische Abklärung:** Wenn wir nach den „Kennenlern“-Gesprächen (probatorische Stunden) übereingekommen sind eine Therapie zu beginnen, ist es ratsam sich von Ihrem Haus- oder Facharzt untersuchen zu lassen, um mögliche medizinische Ursachen für Ihre Beschwerden (z.B. durch eine Hormon- oder Schilddrüsenerkrankung) auszuschließen. Dies sollte in dem Konsiliarbericht, den Sie von mir erhalten, vom Arzt dokumentiert werden.

**Therapeutische Sitzungen:** Eine verhaltenstherapeutische Sitzung findet in meiner Praxis in der Regel ein oder zwei Mal pro Woche statt und beginnt zur **vollen** Stunde. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich vor der vollen Stunde nicht öffnen kann, da ich mich entweder im Gespräch befinde oder bei der Dokumentation. Die Therapie dauert 50 Minuten. Falls Sie sich verspäten sollten, kann aus organisatorischen Gründen die Sitzung nicht verlängert werden.

**Videosprechstunde:** Darüber hinaus biete ich eine Videobehandlung an. Das Erstgespräch muss jedoch zuvor persönlich in der Praxis stattgefunden haben.

**Urlaubs- und Telefonsprechstundenzeiten:** Diese erfahren Sie im persönlichen Gespräch oder über den Anrufbeantworter.

**Informationen/FAQs:** Über meine Internetseite in der Rubrik Informationen erhalten Sie eine Zusammenstellung (Datenbanken und Links) mit Hilfsangeboten in Ahrensburg und Umgebung.

---

**Bitte beachten Sie:** Schlussendlich möchte ich Sie noch auf den folgenden Umstand aufmerksam machen:

Da ich die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine fest reserviere, ist im Falle Ihrer Verhinderung eine rechtzeitige Absage, d.h. mindestens zwei Werktage vorher, unbedingt erforderlich. Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine berechne ich ein **Ausfallhonorar von EUR 100,-**, da mir ein Verdienstausschlag entsteht, der nicht von der Krankenversicherung übernommen wird. Bitte bestätigen Sie mir mit Ihrer Unterschrift, dass Sie von dieser Vereinbarung Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

Ich habe die Vereinbarungen des Merkblatts – insbesondere zum Ausfallhonorar – zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift