

Testinstruktion

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben sich für eine psychotherapeutische Behandlung angemeldet. Dieser Fragebogen soll einen Überblick über wichtige Aspekte Ihrer Lebensgeschichte und Umwelt ermöglichen, denn effektive Psychotherapie ist in besonderem Maße auf Ihre individuelle Lebensgeschichte, besonderen Lebensumstände, aktuelle Problematik und persönlichen Zielsetzungen zugeschnitten.

Die Kenntnis dieser Bereiche ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Planung Ihrer Behandlung.

Beantworten Sie bitte möglichst alle Fragen! Je genauer Ihre Antworten, umso präziser ist eine erfolgreiche Behandlung planbar. Ihre Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrer Person.

Fragebogen

I. Angaben zur Person

1. Was ist Ihre Muttersprache

- deutsch
- englisch
- französisch
- italienisch
- spanisch
- türkisch
- andere Sprache (bitte in das Feld unten eintragen)

Andere Muttersprache:

2. Was ist Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

3. Welcher Religion gehören Sie an?

- konfessionslos
- evangelisch
- katholisch
- jüdisch
- islamisch
- buddhistisch
- hinduistisch
- andere Religion (bitte in das untere Feld eintragen)

Andere Religion:

4. Würden Sie sich als gläubig bezeichnen?

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

5. Erfolgte eine Überweisung an diese Stelle?

- Ja
- Nein

6. Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt vor der Therapie...

- Hausarzt
- Klinik
- anderer Überweiser (bitte in das untere Feld eintragen)

Anderer Überweiser:

7. Wie sind Sie auf diese Stelle aufmerksam geworden?

- von Angehörigen oder Bezugspersonen
- von Freunden oder Bekannten
- von Fachpersonal (Arzt, Psychotherapeut)
- von (ehemaligen) Patienten
- durch die Medien (incl. Internet)
- von anderen, bisher nicht genannten Personen oder Institutionen (bitte in das untere Feld eintragen)

Von anderen Personen / Institutionen:

8. Waren Sie bereits zuvor in einer psychotherapeutischen Behandlung?

- nein
- ja, bislang einmal
- ja, bereits zweimal
- ja, bereits mehr als zweimal

9. Was war der Anlaß Ihrer früheren psychotherapeutischen Behandlung?

- das gleiche Problem wie heute
- ein anderes Problem (bitte in das untere Feld eintragen)

Ein anderes Problem, nämlich:

10. Welche Art von Psychotherapie haben Sie bei Ihrer/Ihren früheren Behandlungen erhalten?

- weiß nicht
- psychoanalytische oder tiefenpsychologische Therapie
- Verhaltenstherapie oder kognitive Therapie
- Gesprächspsychotherapie
- Hypnose
- Familientherapie
- Gestalttherapie
- andere Form von Psychotherapie (bitte in das untere Feld eintragen)

Andere Form von Psychotherapie:

11. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen, oder hatten Sie jemals die feste Absicht, sich das Leben zu nehmen?

- nein
- ja, einmal
- ja, mehrfach

12. Wie oft waren Sie wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten beim Arzt?

- gar nicht
- einmal
- zwei bis drei mal
- vier bis zehn mal
- mehr als zehn mal

13. Wie oft wurden Sie wegen körperlichen Beschwerden in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus behandelt?

- gar nicht
- einmal
- zwei bis drei mal
- mehr als drei mal

14. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- ich wohne alleine
- mit (Ehe-) Partner/in
- mit Kind(ern) alleine
- mit (Ehe-) Partner/in und Kind(ern)
- bei den Eltern
- bei anderen Verwandten
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer betreuten Einrichtung (betreutes Wohnen, Wohnheim)
- andere Wohnsituation (bitte in das untere Feld eintragen)

Andere Wohnsituation:

15. Ist/sind einer/mehrere Ihrer Mitbewohner schwer krank oder pflegebedürftig?

- nein
- ja (bitte geben Sie in das untere Feld ein, welcher Ihrer Mitbewohner schwer krank/pflegebedürftig ist)

Kranker bzw. Pflegebedürftiger Mitbewohner:

II. Familie / Eltern

16. Fühlten Sie sich in Ihrer Kindheit von Ihrer Mutter geliebt?

- nie
- selten
- manchmal
- häufig
- sehr häufig
- Frage nicht beantwortbar (bitte geben Sie den Grund in das untere Feld ein)

Frage nicht beantwortbar, weil...:

17. Haben Sie von Ihrer Mutter Strenge und Kontrolle erfahren?

- nie
- selten
- manchmal
- häufig
- sehr häufig
- Frage nicht beantwortbar (bitte geben Sie den Grund in das untere Feld ein)

Frage nicht beantwortbar, weil...:

18. Wurden Sie von Ihrer Mutter geschlagen?

- nie
- selten
- manchmal
- häufig
- sehr häufig
- Frage nicht beantwortbar (bitte geben Sie den Grund in das untere Feld ein)

Frage nicht beantwortbar, weil...:

19. Fühlten Sie sich in Ihrer Kindheit von Ihrem Vater geliebt?

- nie
- selten
- manchmal
- häufig
- sehr häufig
- Frage nicht beantwortbar (bitte geben Sie den Grund in das untere Feld ein)

Frage nicht beantwortbar, weil...:

20. Haben Sie von Ihrem Vater Strenge und Kontrolle erfahren?

- nie
- selten
- manchmal
- häufig
- sehr häufig
- Frage nicht beantwortbar (bitte geben Sie den Grund in das untere Feld ein)

Frage nicht beantwortbar, weil...:

21. Wurden Sie von Ihrem Vater geschlagen?

- nie
- selten
- manchmal
- häufig
- sehr häufig
- Frage nicht beantwortbar (bitte geben Sie den Grund in das untere Feld ein)

Frage nicht beantwortbar, weil...:

22. Haben Sie Geschwister?

- Nein
- Ja

23. Wie viele Geschwister haben Sie?

- ein Geschwister
- zwei Geschwister
- drei Geschwister
- vier Geschwister
- fünf Geschwister
- sechs Geschwister
- mehr als sechs Geschwister

24. Wie war/ist das Verhältnis Ihrer Eltern zueinander?

- schlecht
- eher schlecht
- mittel
- eher gut
- gut

25. Sind oder waren Ihre Eltern geschieden oder leb(t)en sie in Trennung?

- Nein
- Ja

26. Stehen Probleme in der Beziehung zu Ihren Eltern im Zusammenhang mit Ihren jetzigen Problemen?

- weiß nicht
- nein
- ja (bitte die Zusammenhänge in dem unteren Feld beschreiben)

Zusammenhänge:

27. Gab es während der Schwangerschaft Ihrer Mutter oder bei Ihrer Geburt Komplikationen (z.B. Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Zangengeburt etc.)?

- O weiß nicht
- O nein
- O ja (bitte die Komplikation(en) in dem unteren Feld beschreiben)

Komplikation(en):

III. Partnerschaft / Sexualität

28. In welcher Art von Beziehung oder Partnerschaft leben Sie zur Zeit?

- ohne Partner/in
- wechselnde Partnerschaften
- mit einem Partner fest zusammen
- mit einer Partnerin fest zusammen

29. Wie lange leben Sie in dieser Partnerschaft?

- weniger als 6 Monate
- 6 Monate bis 1 Jahr
- über 1 bis 2 Jahre
- über 2 bis 5 Jahre
- über 5 bis 10 Jahre
- über 10 bis 20 Jahre
- über 20 Jahre

25. Wohnen Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zusammen?

- Nein
- Ja

26. Wie befriedigend ist diese Beziehung für Sie?

- sehr befriedigend
- eher befriedigend
- eher unbefriedigend
- sehr unbefriedigend
- sehr befriedigend

27. Weiß Ihr Partner/Ihre Partnerin, daß Sie eine Therapie machen?

- Nein
- Ja

28. Mit welchen Personen sind Sie häufiger zusammen?

- mit eigenen Freunden und Bekannten
- mit Freunden und Bekannten Ihres Partners/Ihrer Partnerin
- mit gemeinsamen Freunden und Bekannten

29. Mit wievielen Partnern/Partnerinnen haben Sie bereits eine feste Beziehung gehabt?

- mit keinem/keiner
- mit einem
- mit zwei
- mit drei bis fünf
- mit mehr als fünf

29. Wie ist Ihre sexuelle Orientierung?

- heterosexuell
- homosexuell
- bisexuell
- bin mir unsicher

30. Haben Sie Kinder?

- Nein
- ja, ein Kind
- ja, 2 Kinder
- ja ,3 Kinder
- ja, 4 Kinder
- ja, 5 Kinder
- ja, 6 Kinder
- ja, mehr als 6 kinder

IV. Schule und Beruf

31. Was ist Ihr höchster Schulabschluß?

- kein Schulabschluss
- noch in der Schule
- Sonderschule
- Hauptschule/Primarschule
- Mittlere Reife/Sekundarschule
- Fachhochschulreife
- Abitur

32. Haben Sie Kinder?

- keine Berufsausbildung
- noch in Erstberufsausbildung
- Lehre/Berufsschule
- Meisterprüfung
- Fachhochschule
- Universität
- andere Berufsausbildung

welche andere Ausbildung:

33. Wie ist Ihrer derzeitige Erwerbstätigkeit?

- Vollzeit
- Teilzeit
- Gelegenheitsarbeiten
- Hausfrau/-mann
- in Ausbildung
- arbeitslos
- Pension/Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- andere Erwerbstätigkeit

34. Wie ist (oder war) Ihr derzeitiger (oder letzter) berufliche Status?

- angestellt
- verbeamtet
- selbstständig/freiberuflich
- anderer beruflicher Status

35. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig geschrieben?

- Nein
- Ja

36. Waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig geschrieben?

- Nein
- Ja

37. Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Ihren Arbeitsplatz gewechselt?

- Nein
- Ja

38. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre erwerbslos?

- Nein
- Ja

39. Wie hoch ist Ihr persönliches derzeitiges Nettoeinkommen (in Euro)?

- ich möchte keine Angaben machen
- bis 400
- 401-1000
- 1001-1750
- 1751-2500
- 2501-4000
- über 4000

40. Wie hoch ist das Gesamt-Nettoeinkommen (in Euro) des Haushaltes, in dem Sie leben?

- ich möchte keine Angaben machen
- bis 400
- 401-1000
- 1001-1750
- 1751-2500
- 2501-4000
- über 4000

33. Wodurch wird der überwiegende Teil des Lebensunterhaltes bestritten?

- eigene Erwerbstätigkeit
- Pension/Rente/Altersruhegeld
- Kapitalvermögen
- Arbeitslosengeld I
- Hartz IV
- Stipendium/Bafög
- Unterhalt durch Einkommen des Partners/der Partnerin
- Unterstützung durch die Eltern
- eine andere Geldquelle (bitte in das untere Feld eintragen)

eine andere Geldquelle:

V. Freizeit und soziale Kontakte

33. Haben Sie eine(n) oder mehrere Freunde/Freundinnen, mit denen Sie die intimsten Gedanken und Gefühle teilen können?

- O nein
- O ja, weniger als fünf Freunde/Freundinnen
- O ja, fünf oder mehr Freunde/Freundinnen

33. Wie erleben Sie zur Zeit Ihren (engeren) Freundes- und Bekanntenkreis?

- O kein Freundes- oder Bekanntenkreis vorhanden
- O eher belastend
- O weder noch
- O eher stützend

33. Wieviel Zeit verbringen Sie zusammen mit Freunden und Bekannten?

- O praktisch keine Zeit
- O ca. 1-2 Stunden pro Monat
- O mehrere Stunden pro Monat
- O ca. 1-2 Stunden pro Woche
- O mehrere Stunden pro Woche
- O ca. 1-2 Stunden pro Tag
- O mehrere Stunden pro Tag