



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine Behandlung ist es zwingend notwendig, dass Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin bei uns mitzubringen, sodass wir möglichst umfassende Informationen haben, damit wir Sie gut beraten und ein für Sie passendes Behandlungsangebot auswählen können.

**Ohne den vollständig ausgefüllten Bogen ist eine Behandlung nicht möglich.**

Da die Institutsambulanz spezielle Angebote für besonders schwer, komplex oder akut Erkrankte vorhält, wird es in dem ersten Termin darum gehen herauszufinden, ob Sie unserer Hilfe bedürfen oder evtl. andere Versorgungsangebote in Ihrer aktuellen Situation hilfreich und passend wären.

Bitte bringen Sie zu dem ersten Termin bei uns auch evtl. vorhandene medizinische Vorberichte und ihren aktuellen Medikamentenplan mit.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

Persönliche Daten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

männlich \_\_ weiblich\_\_ divers \_\_

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

Telefonnummer (unter der Sie am besten zu erreichen sind): \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

andere Sprachkenntnisse, mit denen Sie sich gut verständigen können: \_\_\_\_\_

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

ambulanter Psychiater: \_\_\_\_\_

ambulanter Psychotherapeut: \_\_\_\_\_

anderer Facharzt: \_\_\_\_\_

gesetzlicher Betreuer: \_\_\_\_\_

Vorbehandlung in unserer Institutsambulanz: \_\_\_\_\_

Aktueller Anlass Ihrer Behandlung: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---



Durch welche Beschwerden fühlen Sie sich zurzeit beeinträchtigt?

- |                            |                       |                          |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Niedergeschlagenheit __    | Antriebsstörungen __  | Verlust von Freude __    |
| Konzentrationsstörungen __ | Selbstzweifel __      | Schuldgefühle __         |
| Grübeln __                 | Hoffnungslosigkeit __ | Suizidgedanken __        |
| Ängste __                  | Zwänge __             | Schlafstörungen __       |
| Halluzinationen __         | Wahnvorstellungen __  | Beeinflussungserleben __ |
| Essstörungen __            | Aggressionen __       | Schmerzen __             |

Wie viele Stunden verbringen Sie täglich mit digitalen Medien, z.B. PC- und Handy-spielen, in sozialen Netzwerken, Internet o.ä.? -> täglich \_\_ Stunden

Wie oft trinken Sie zurzeit Alkohol?

nie \_\_ etwa \_\_ mal im Monat etwa \_\_ mal in der Woche \_\_ täglich

Welches Getränk? \_\_\_\_\_ Wieviel? \_\_\_\_\_

Gab es in der Vergangenheit Zeiten mit regelmäßigem Alkoholkonsum? Nein \_\_

wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Nutzen Sie zurzeit andere Suchstoffe/Drogen/Schmerzmittel? Nein \_\_ ; wenn ja, welche und wie oft?

- |           |           |                      |                          |            |
|-----------|-----------|----------------------|--------------------------|------------|
| Substanz: | __ selten | __ mehrmals im Monat | __ mehrmals in der Woche | __ täglich |
| Substanz: | __ selten | __ mehrmals im Monat | __ mehrmals in der Woche | __ täglich |
| Substanz: | __ selten | __ mehrmals im Monat | __ mehrmals in der Woche | __ täglich |
| Substanz: | __ selten | __ mehrmals im Monat | __ mehrmals in der Woche | __ täglich |
| Substanz: | __ selten | __ mehrmals im Monat | __ mehrmals in der Woche | __ täglich |

Sind Sie schon früher wegen psychischer Störungen in Behandlung gewesen?

Zeitraum	Diagnose	Behandler*in
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Unter welchen körperlichen Erkrankungen leiden Sie? (Wer ist der:die behandelnde Arzt:Ärztin?)

Erkrankung:

Facharzt:

---



---



---



---



---



---



---



---

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (Das Ausfüllen der Tabelle entfällt, wenn Sie einen vollständigen aktuellen Medikamentenplan beilegen)

Name/Wirkstoff	morgens	mittags	abends	zurnacht
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?

---



---

Wie ist ihre soziale Situation? Mit wem leben Sie zusammen?

---



---



---

Sind Sie berufstätig?

Wenn ja, in welchem Beruf, mit wieviel Stunden?

---

Sind sie aktuell arbeitsunfähig geschrieben? Wenn ja, seit wann, mit welcher Diagnose, durch wen?

---

Beziehen Sie: Krankengeld \_\_, Rente \_\_, Grundsicherung \_\_, Bürgergeld \_\_, Arbeitslosengeld \_\_