

Psychiatrischer Fragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Schön, dass Sie den Weg zu uns und vielleicht auch den Mut gefunden haben, diesen Termin zu vereinbaren.

Bitte füllen Sie, ergänzend zu dem Patientenfragebogen 1, diesen psychiatrisch ausgerichteten Fragebogen aus. Dies erleichtert uns das folgende Gespräch.

Name _____

► Aufgrund welcher Beschwerden sind Sie heute hier?

► Was ist Ihr Wunsch/Ziel für diesen Termin/diese Behandlung??

► Treffen einige dieser Symptome auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> niedergestimmt | <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> emotionslos | <input type="checkbox"/> freudlos |
| <input type="checkbox"/> leer | <input type="checkbox"/> taub | <input type="checkbox"/> antriebslos | <input type="checkbox"/> motivationslos |
| <input type="checkbox"/> lustlos | <input type="checkbox"/> rückzünftig | <input type="checkbox"/> interessenlos | <input type="checkbox"/> gereizt |
| <input type="checkbox"/> erschöpft | <input type="checkbox"/> müde | <input type="checkbox"/> kraftlos | <input type="checkbox"/> energielos |
| <input type="checkbox"/> innere Unruhe | <input type="checkbox"/> angespannt | <input type="checkbox"/> Konzentration gestört | <input type="checkbox"/> vergesslich |
| <input type="checkbox"/> grübeln | <input type="checkbox"/> kreisende Gedanken | <input type="checkbox"/> Sorgen | <input type="checkbox"/> lebensmüde Gedanken |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> veränderter Sexualtrieb | <input type="checkbox"/> veränderter Appetit | <input type="checkbox"/> Zwänge |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht | <input type="checkbox"/> übererregt | <input type="checkbox"/> gesteigerter Antrieb | <input type="checkbox"/> redigesteigert |
| <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> impulsiv | <input type="checkbox"/> riskantes Verhalten | |

► Wie schlafen Sie:

- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einschlafen gestört | <input type="checkbox"/> Durchschlafen gestört | <input type="checkbox"/> schreckhaftes Erwachen | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> zu wenig Schlaf | <input type="checkbox"/> zu viel Schlaf | <input type="checkbox"/> keine Schlafprobleme | |



▶ Größe:

▶ Gewicht:

▶ Familienstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

▶ Haben Sie Kinder?

nein

ja, Alter: _____

Leben Sie bei Ihnen? ja nein

Ernährungsform

▶ Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie

▶ Wie viel und wie häufig konsumieren Sie

Alkohol:

Drogen:

Medien (TV, PC, Handy,
Spiele, o.ä.):

▶ Gibt es eine Betreuung (ambulantes BeWo oder gesetzlich)? Wenn ja, bitte Name und Telefonnummer der bevollmächtigten Person, Bereiche und Dauer angeben:

▶ Gibt es eine Vertrauensperson in Ihrem Leben? Wen?

▶ Waren Sie bereits in psychiatrischer Behandlung?

nein

ja: Wo? Wann? _____

▶ Waren Sie bereits in gesprächstherapeutischer Behandlung?

nein

ja: Wo? Wann? _____

▶ Waren Sie bereits in (teil-)stationärer Behandlung?

nein

ja: Wo? Wann? _____

▶ Haben Sie Vorerfahrung mit Psychopharmaka?

nein

ja: _____

▶ Wenn ja, gab es Unverträglichkeiten?

nein

ja: _____

▶ Wurde bereits eine Bildgebung vom Kopf gemacht?

nein

ja: _____

▶ Gibt es psychische Erkrankungen in der Familie?

nein

ja: Wer ist woran erkrankt? _____