

# Klienten-Fragebogen

## Angaben zur Person

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Datum

## Angaben zu den aktuellen Problemen

1. Bitte beschreiben Sie die wichtigsten Probleme, die Sie erwogen haben, psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Bitte bewerten Sie auch das Ausmaß der Belastung (0: sehr gering, bis 10: extrem stark) und geben Sie bitte an, seit wann das Problem besteht.

Problembereiche

Ausmaß  
seit wann

- |          |       |       |
|----------|-------|-------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ |

2. Bitte markieren Sie alle Symptome, die in letzter Zeit auf Sie zugetroffen haben:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grübeln                               | <input type="checkbox"/> Entscheidungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Zukunftssorgen              |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsgefühle                      | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle                | <input type="checkbox"/> Minderwertigkeitsgefühle    |
| <input type="checkbox"/> sich einsam fühlen                    | <input type="checkbox"/> Unsicherheit                 | <input type="checkbox"/> sich nicht vergnügen können |
| <input type="checkbox"/> dranghafte Impulse oder Vorstellungen |   | <input type="checkbox"/> Störungen des Essverhaltens |
| <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme                       | <input type="checkbox"/> Drogenprobleme               | <input type="checkbox"/> übermäßige                  |
| Medikamenteneinnahme   |   | <input type="checkbox"/> Überforderung               |
| <input type="checkbox"/> Unterforderung                        | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit                | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen       |
| <input type="checkbox"/> grundlose anhaltende Traurigkeit      | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken           | <input type="checkbox"/> Angstzustände               |
| <input type="checkbox"/> innere Anspannung                     | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche                 | <input type="checkbox"/> Furcht vor Menschen         |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme                | <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme           | <input type="checkbox"/> körperliche Unruhe          |
| <input type="checkbox"/> Zittern                               | <input type="checkbox"/> Schwitzen                    |  |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit                          | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu entspannen    | <input type="checkbox"/> Erröten                     |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit                             | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen           | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen        |
| <input type="checkbox"/> Alpträume                             | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit             | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme            |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen                             | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühle            |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden                       | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden       | <input type="checkbox"/> Allergien                   |
| <input type="checkbox"/> wechselnde körperliche Beschwerden    |   | <input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme      |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme                     | <input type="checkbox"/> familiäre Schwierigkeiten    | <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten      |
| <input type="checkbox"/> Geldsorgen                            | <input type="checkbox"/> berufliche Probleme          |  |

3. Welche Erklärungen oder Vermutungen haben Sie selbst über die Entstehung Ihrer Probleme?

4. Welcher konkrete Anlass führte Sie zur Entscheidung, eine Therapie zu beginnen?

5. Fanden in Ihrem Leben bisher eines der folgenden Ereignisse statt?  
Bitte geben Sie die Jahreszahl (ggf. auch mehrere Jahreszahlen) hierzu an.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Tod des Ehepartners: _____                                 | 2. Scheidung: _____                              |
| 3. Trennung vom Partner: _____                                |  |
| 4. Versöhnung mit einem Partner nach erheblicher Krise: _____ |  |
| 5. Ärger mit der Familie Ihres Partners: _____                |  |
| 6. Anfang oder Ende der Berufstätigkeit des Partners: _____   |  |
| 7. Tod eines guten Freundes: _____                            | 8. Tod eines Familienangehörigen: _____          |
| 9. Familienzuwachs: _____                                     | 10. Ihre Kinder ziehen aus: _____                |
| 11. erhebliche Erkrankung eines Familienangehörigen: _____    |  |
| 12. erhebliche eigene Erkrankung: _____                       | 13. komplizierte Schwangerschaft: _____          |
| 14. sexuelle Schwierigkeiten: _____                           | 15. belastende sexuelle Erlebnisse: _____        |
| 16. Opfer einer Gewalttat: _____                              | 17. Opfer eines Unfalls mit Körperschaden: _____ |
| 18. Opfer eines Unfalls mit Sachschaden: _____                | 19. großer persönlicher Erfolg: _____            |
| 20. Arbeitsstellenwechsel: _____                              | 21. Berufswechsel: _____                         |
| 22. geschäftliche Veränderungen: _____                        | 23. erhebliche Einkommensänderungen: _____       |
| 24. Verlust des Arbeitsplatzes: _____                         | 25. Berentung: _____                             |
| 26. Beginn einer Umschulung o.ä.: _____                       | 27. Abschluss einer Ausbildung: _____            |
| 28. Abbruch oder Scheitern einer Ausbildung: _____            | 29. Wohnortwechsel: _____                        |
| 30. Haus-/ Wohnungskauf: _____                                | 31. Haus-/ Wohnungsbau: _____                    |
| 32. große Kreditaufnahme: _____                               | 33. große Geldsorgen: _____                      |
| 34. Vertreibung/ Flucht/ Kriegsergebnisse: _____              | 35. Obdachlosigkeit: _____                       |
| 36. Straffälligkeit: _____                                    | 37. Gefängnisaufenthalt: _____                   |

6. Trugen diese Ereignisse zur Entstehung Ihrer jetzigen Probleme bei?

Welche Nummer(n)? \_\_\_\_\_

In welchem Ausmaß?                      kaum                      etwas                      deutlich  
stark

7. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

- |  | ja                       | nein                     | weiß<br>nicht            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Gab es jemals Zeiten, in denen Sie sich längere Zeit (mehr als 2 Wochen) traurig, niedergeschlagen oder deprimiert fühlten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Gab es jemals Zeiten, in denen Sie für längere Zeit (mehr als 2 Wochen) das Interesse an Dingen und Aktivitäten verloren haben, die Ihnen sonst Freude machten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich übermäßig gut oder euphorisch fühlten, so dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung mit Ihnen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Hatten Sie jemals einen Angstanfall, beim dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder panische Angst hatten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Gab oder gibt es Situationen oder Orte, die Sie besonders fürchten oder die Sie wegen Angstgefühlen meiden, z.B. Aufzug fahren, enge Räume, Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel, Tunnel, Brücke, Hunde, Spinnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Waren Sie irgendwann einmal monatelang sehr ängstlich oder besonders nervös oder machten sich viele Sorgen um Dinge, die schief gehen könnten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| g) | Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer wieder tun mussten und nicht damit aufhören konnten, z.B. Hände waschen, Fenster und Türen kontrollieren?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) | Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren oder immer wiederkehrten, auch wenn Sie es gar nicht wollten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |   | ja                       | nein                     | weiß<br>nicht            |
| i) | Gab es jemals eine Zeit, in der Sie 5 oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag tranken?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) | Hatten Sie jemals Probleme mit Alkoholkonsum oder haben andere das jemals behauptet?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) | Haben Sie jemals Medikamente oder Drogen vorübergehend oder über längere Zeit eingenommen, um besser schlafen zu können, Gewicht zu verlieren oder Ihre Stimmung zu verbessern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) | Mussten Sie in den letzten Jahren häufiger zum Arzt gehen, weil Sie Beschwerden hatten oder sich nicht wohl fühlten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) | Machen Sie sich viele Sorgen um Ihre Gesundheit oder haben Sie oft Angst, ernsthaft krank zu sein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) | Sind Sie sich schon einmal bedroht oder verfolgt vorgekommen von anderen Personen oder Organisationen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) | Erhielten Sie jemals spezielle Nachrichten über Fernsehen, Radio, aus der Zeitung, oder durch die Art und Weise, wie Dinge um Sie herum angeordnet waren?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) | Waren Sie jemals überzeugt, dass irgendjemand oder irgendeine Kraft oder Macht von außen Ihre Gedanken oder Handlungen gegen Ihren Willen beeinflusst oder steuert?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) | Haben Sie jemals Dinge gehört oder gesehen, die andere Leute nicht hören oder sehen konnten, wie z.B. Geräusche oder Stimmen von Menschen?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) | Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie untergewichtig waren oder andere Sie für untergewichtig hielten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) | Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie innerhalb kurzer Zeit eine ungewöhnlich große Menge Nahrung zu sich nahmen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) | Gab es jemals erhebliche Probleme mit Ihrem Gedächtnis oder Ihrem Konzentrationsvermögen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Wann fühlten Sie sich zuletzt körperlich und seelisch über eine längere Zeit wohl?  
Bitte beschreiben Sie die Lebensumstände zu dieser Zeit.

---



---



---

9. Welche Ziele möchten Sie mittels der Therapie in der Zukunft erreichen?

---



---



---



---

**Angaben zur Lebensgeschichte**

10. Bitte markieren Sie alles, was während der Kindheit und Jugend auf Sie zugetroffen hat:

- Alpträume
- nächtliches Aufschrecken
- Bettnässen
- Schlafwandeln
- Daumenlutschen
- Nägelkauen
- Nervosität
- Hemmungen
- Ängste
- Kontaktschwierigkeiten
- Schulprobleme
- Sprachschwierigkeiten
- Erziehungsschwierigkeiten (z.B. Fortlaufen, Stehlen, Lügen)
- Sonstiges:

---

11. Bitte nennen Sie wichtige positive und negative Ereignisse während Ihrer Kindheit und Jugend. (Alter bitte in Klammern angeben)

---

---

---

12. Wie bewerten Sie alles in allem Ihre Kindheit?

- sehr glücklich
- glücklich
- teils teils
- unglücklich
- sehr unglücklich

13. Bitte listen Sie nachfolgend Ihren schulischen und beruflichen Werdegang auf: (bitte mit Jahreszahlen)

---

---

---

---

---

---

14. Ihr höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Durchschnittsnote: \_\_\_\_\_

---

15. Ihr Berufsabschluss: \_\_\_\_\_

---

16. Bitte listen Sie nachfolgend Ihre Ehe(n) und länger dauernden Partnerschaften auf und beschreiben Sie bitte kurz, wie Sie die Ehen bzw. Partnerschaften erlebt haben:

Name	Zeitdauer	Kurze Beschreibung sowie ggf. Nennung des Trennungsgrunds
------	-----------	---

---

---

---

---

17. Bitte nennen Sie wichtige positive und negative Ereignisse im Erwachsenenalter.  
(Jahreszahlen bitte in Klammern angeben)

---

---

---

---

18. Waren Sie jemals in ambulanter oder stationärer psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosomatischer Behandlung?

ja  nein

Falls ja, bitte nachfolgend eintragen:

Name der Einrichtung bzw. des Therapeuten	Jahr und Behandlungs- dauer	Grund der Behandlung
--	--------------------------------	----------------------

---

---

---

---

19. Leidet oder litt jemand in Ihrer Familie an psychischen Erkrankungen?  ja  nein  
Falls ja, welche Personen (Verwandtschaftsgrad) leiden/ litten unter welchen Erkrankungen?

---

---

**Angaben zur aktuellen Situation**

20. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den nachfolgenden Lebensbereichen?  
Bitte bewerten Sie das Ausmaß der Zufriedenheit (0: überhaupt nicht zufrieden, bis 10: außerordentlich zufrieden) und erläutern Sie dies kurz.

Ausmaß

Erläuterung

Partnerschaft: \_\_\_\_\_

Sexualität: \_\_\_\_\_

Gesundheit: \_\_\_\_\_

Wohnsituation: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Finanzen: \_\_\_\_\_  
Familie: \_\_\_\_\_  
Freunde: \_\_\_\_\_  
Freizeit: \_\_\_\_\_

21. Sind Sie religiös?  ja  nein  
Falls ja, welcher Religion gehören Sie an: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Haben Sie Kinder?  ja  nein  
Falls ja, bitte nachfolgend eintragen:  
Name            Geburtsjahr    Besonderheiten (z.B. nicht bei Ihnen lebend, aus 1. Ehe)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Beschreiben Sie bitte kurz, wie Sie wohnen (z.B. 3-Zimmer-Wohnung) und wer mit Ihnen im Haushalt lebt:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Sind Sie derzeit berufstätig?  ja, Vollzeit     ja, Teilzeit: \_\_\_\_\_ Wochenstunden  
 nein  
Falls ja, beschreiben Sie bitte kurz Ihre derzeitige Berufstätigkeit:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Leiden Sie derzeit unter körperlichen Krankheiten, Beschwerden oder chronischen Erkrankungen?  ja  nein  
Falls ja, welche (Dauer bitte in Klammern angeben)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?  ja  nein  
Falls ja, welche?

Medikament	Tagesdosis seit wann	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Raum für ihre Anmerkungen oder Ergänzungen: