

## Fragebogen zur Planung des Vorgespräches für einen stationären Aufenthalt im Zentrum für Psychosomatische Medizin & Tagesklinik Leonberg Rutesheimer Str. 50, 71229 Leonberg

### 1. Angaben zur Person

Name, Vorname:	_____	m__ w__ d__
Geburtsdatum:	_____	Alter: _____
Straße:	_____	
Postleitzahl:	_____	
Wohnort:	_____	
Telefon privat:	_____	Telefon dienstlich: _____
Telefon mobil:	_____	Fax-Nr.: _____
E-Mail-Adresse:	_____	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat (ambulant) <input type="checkbox"/> privat (stationär)

#### a) Familienstand (Mehrfachnennung möglich):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Partnerschaft seit _____ | <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____   |
| <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft seit _____ | <input type="checkbox"/> geschieden seit _____        |
| <input type="checkbox"/> verlobt seit _____             | <input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit _____ |
| <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____         | <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____         |

#### b) Kinder:    ja    nein

- |   |   |
|---|---|
| 1. Kind:    Alter _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | 4. Kind:    Alter _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| 2. Kind:    Alter _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | 5. Kind:    Alter _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| 3. Kind:    Alter _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Weitere Kinder: _____   |

Gab es bei Ihnen /bzw. Ihrer Partnerin einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Fehlgeburt?

- ja     nein

#### c) Wohnsituation:

- allein lebend       mit Partner, Familie oder in WG lebend

- Wohnimmobilie:**     Mietwohnung/-haus       Eigentumswohnung/-haus  
 bei Verwandten/ Eltern       keinen Wohnsitz  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnsituation?

- (1) gar nicht      (2) etwas      (3) relativ      (4) ziemlich      (5) völlig

**d) Berufliche Situation:**

- nicht berufstätig
- selbständig
- angestellt / verbeamtet
- in Ausbildung
- arbeitslos
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Altersrente
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**e) Höchster Schulabschluss:**

- kein Schulabschluss
- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Abitur/Fachhochschulreife
- Universitäts-/FH-Abschluss

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation?

- (1) gar nicht      (2) etwas      (3) relativ      (4) ziemlich      (5) völlig

Kommen Sie mit Ihren Einkünften aus?

- (1) gar nicht      (2) etwas      (3) relativ      (4) ziemlich      (5) völlig

Haben Sie Schulden?

- ja       nein

**2. Angaben zum Behandlungsanlass**

**a) Beschreiben Sie bitte die Hauptprobleme oder Beschwerden, die den Grund für Ihren Behandlungswunsch darstellen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**b) Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden und Probleme zurzeit belastet?**

- (1) gar nicht      (2) etwas      (3) ziemlich      (4) sehr stark      (5) äußerst stark

**3. Angaben zur Vorgeschichte Ihrer Erkrankung**

**a) Seit wann leiden Sie unter Ihren derzeitigen Hauptbeschwerden?**

seit \_\_\_\_\_

**b) Sind Sie derzeit arbeits-/schul-/ ausbildungs- oder dienstunfähig geschrieben?**

ja, seit \_\_\_\_\_       nein

---

**c) Welche ambulanten Behandlungen (Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeuten) haben Sie wegen dieser Beschwerden schon in Anspruch genommen?**

Welche Therapie?

Seit wann?

Bei wem?

---

---

---

---

**d) Welche stationären Behandlungen (Klinikaufenthalte) haben Sie wegen Ihrer Beschwerden schon in Anspruch genommen?**

Welche Klinik?

Wann?

---

---

---

**e) Geben Sie bitte Namen und Adressen aller ambulanten Therapeuten (Hausarzt, Fachärzte, Psychotherapeuten) an, bei denen Sie zurzeit in Behandlung sind:**

Name:

Adresse:

---

---

---

---

**f) Welche Medikamente haben Sie früher wegen Ihrer Beschwerden genommen?**

Medikament (Name)

Dosis (Menge)

Wie lange?

---

---

---

**g) Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Medikament (Name)

Dosis (Menge)

Wie lange?

---

---

---

---

---

**h) Bitte listen Sie kurz auf, wegen welcher anderen Erkrankungen (chronische Krankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, schwere Infektionen, Unfälle, Operationen) Sie im Laufe Ihres Lebens behandelt worden sind:**

Erkrankung:

Wann?

---

---

---

#### **4. Lebensgeschichtliche Entwicklung**

a) Geburtsjahr der **Mutter**: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

falls verstorben, Todesjahr: \_\_\_\_\_

Wie war als Kind das Verhältnis zu Ihrer Mutter?

Wie ist heute das Verhältnis zu Ihrer Mutter?

---

---

b) Geburtsjahr des **Vaters**: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

falls verstorben, Todesjahr: \_\_\_\_\_

Wie war als Kind das Verhältnis zu Ihrem Vater?

Wie ist heute das Verhältnis zu Ihrem Vater?

---

---

c) Geburtsjahr(e) und Geschlecht der **Geschwister**:

Wie war als Kind das Verhältnis zu Ihren Geschwistern?

Wie ist heute das Verhältnis zu Ihren Geschwistern?

---

---

**d) Beschreiben Sie bitte die familiäre Atmosphäre, in der Sie aufgewachsen sind (wie war die Beziehung zwischen Ihren Eltern und zwischen den Geschwistern, welche Regeln und Verbote gab es?):**

---

---

---

**e) Wer war die wichtigste Bezugsperson in Ihrer Kindheit?**

---

**f) Litt in Ihrer Familie jemand unter psychischen Problemen (z.B. Depression oder Alkoholabhängigkeit etc.)?**    o nein    o ja: \_\_\_\_\_

---

**g) Beschreiben Sie bitte die familiäre Atmosphäre, in der Sie heute leben (wie ist die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Partner und zu Ihren Kindern, welche Regeln und Verbote gibt es heute?):**

---

---

**h) Sofern Sie eine Beziehung haben, wie glücklich fühlen Sie sich zurzeit?**

(1) gar nicht            (2) etwas            (3) relativ            (4) ziemlich            (5) völlig

**Welche Punkte des Zusammenlebens belasten Sie?**

---

**Wie belastend ist das Thema Sexualität für Sie?**

(1) gar nicht            (2) etwas            (3) relativ            (4) ziemlich            (5) völlig

**g) Beschreiben Sie die wichtigsten Stationen Ihrer Schulausbildung und beruflichen Entwicklung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**h) Wie waren Ihre Schulleistungen insgesamt? Waren Ihre Eltern zufrieden?**

---

---

**i) Welche Erfahrungen haben Sie mit Gleichaltrigen gemacht?**

---

---

**j) Wie beurteilen Sie Ihre heutige Lebensqualität in den folgenden Bereichen?**

(1= sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4=ausreichend, 5=schlecht, 6 = sehr schlecht)

( ) Finanzielle Situation            ( ) Partnerschaft  
( ) Familie            ( ) Beruf  
( ) Freunde/Bekannte            ( ) Hobbies/Freizeit  
( ) sonstige Lebensbereiche: \_\_\_\_\_

**k) Wie viele gute Bekannte und Freunde haben Sie zur Zeit? \_\_\_\_\_**

**Wie oft haben Sie Kontakt? \_\_\_\_\_**

**l) Welche negativen Erfahrungen in Ihrem Leben haben Sie am meisten beeinträchtigt?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**m) Welche positiven Erfahrungen in Ihrem Leben haben Sie am meisten gestärkt?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**5. Angaben zu Ihrer derzeitigen Problematik**

Im Folgenden finden Sie einige weitergehende Fragen zu Problembereichen, die möglicherweise auf Sie zutreffen. Beantworten Sie bitte alle Fragen, auch wenn sie in dem einen oder anderen Problembereich keine Schwierigkeiten haben.

**a) Ängste**

*Von Angstzuständen oder Panikattacken spricht man, wenn plötzlich eine intensive Angst oder Furcht auftritt, die meist mit unangenehmen körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwindel, Atemnot, Schwitzen oder Benommenheit einher geht. Diese Angst oder Panik kann ohne erkennbaren Anlass oder auch im Zusammenhang mit bestimmten Situationen (z.B. enge Räume, Kontakt mit Menschen, Autofahrten etc.) auftreten.*

Wie häufig im Monat erleben Sie einen Angstzustand? \_\_\_\_\_ Mal pro Monat

Treten diese Angstanfälle ohne erkennbaren Anlass, also wie aus heiterem Himmel, auf?

ja     nein

Vermeiden Sie Situationen oder Tätigkeiten, um einen solchen Angstzustand zu verhindern?

ja     nein

Wenn ja, welche Situationen oder Tätigkeiten vermeiden Sie?

---

---

---

**b) Depressionen**

*Von Depressionen spricht man, wenn die Stimmung über längere Zeit niedergeschlagen, bedrückt oder hoffnungslos ist, oder wenn das Interesse und die Freude an Dingen, die einem sonst viel bedeutet haben, stark nachgelassen haben.*

Haben Sie jemals in Ihrem Leben länger als zwei Wochen unter Niedergeschlagenheit gelitten?

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

Leiden Sie gegenwärtig unter bedrückter oder niedergeschlagener Stimmung?

ja     nein                      wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an, welche Beschwerden bei Ihnen bei depressiver Stimmung auftreten:

- Gewichtsverlust (ohne Diät)
- Müdigkeit, Energieverlust, Antriebsmangel
- Gewichtszunahme
- Gefühl von Wertlosigkeit
- Geringerer (oder gesteigerter) Appetit
- Schuldgefühle
- Schlaflosigkeit (oder vermehrter Schlaf)
- Konzentrationsprobleme
- Ruhelosigkeit, Unruhe
- Gedanken sich das Leben zu nehmen
- ständiges Grübeln
- Suizidversuch/ Selbstmordversuch
- Verlangsamung in der Bewegung oder beim Sprechen

### c) Essstörungen

*Von Essstörungen spricht man, wenn das Essverhalten sehr von der Sorge um die eigene Figur und der Angst vor dem Dicksein bestimmt wird. Dazu gehören eine gezügelte Nahrungsaufnahme bis hin zu starkem Untergewicht, aber auch Heißhunger- und Essattacken, oft gefolgt von Erbrechen, exzessivem Sport oder Abführmittelmissbrauch.*

Ihre Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_ Ihr derzeitiges Körpergewicht (in kg): \_\_\_\_\_

Ihr bisher niedrigstes Körpergewicht: \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_

Ihr bisher höchstes Körpergewicht: \_\_\_\_\_ in welchem Alter? \_\_\_\_\_

Bemühen Sie sich, Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten?

ja  nein Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie jemals unter Essanfällen gelitten (in kurzer Zeit viel mehr gegessen als Sie wollten, ohne dass Sie die Kontrolle darüber hatten)?

ja  nein

Leiden Sie zur Zeit unter Essanfällen?  ja  nein

Haben Sie nach einem solchen Essanfall Gegenmaßnahmen durchgeführt, um nicht zuzunehmen (z.B. Erbrechen, Abführmittel, Sport, oder auch Fasten)?

ja  nein

### d) Zwänge

*Manche Menschen leiden unter wiederkehrenden aufdringlichen Gedanken, Impulsen oder Vorstellungen, die als lästig oder sehr unangenehm empfunden werden (z.B. sich zu Infizieren, einen anderen Menschen zu verletzen, etwas Peinliches zu tun oder zu sagen).*

Leiden Sie derzeit unter solchen aufdringlichen Gedanken?  ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie diese Gedanken oder Vorstellungen bitte kurz:

---

---

*Von Zwangshandlungen spricht man, wenn Betroffene versuchen, unangenehme Vorstellungen oder Empfindungen durch bestimmte Handlungen zu beenden, wobei diese Handlungen oft übertrieben oder unsinnig erscheinen (z.B. sich wiederholt die Hände waschen, etwas mehrfach kontrollieren).*

Leiden Sie derzeit unter solchen Handlungen oder Ritualen?  ja  nein

---

Wenn ja, beschreiben Sie diese Zwangshandlungen bitte kurz:

---

---

### e) Schlafstörungen

*Der Schlaf kann beim Ein- oder Durchschlafen, oder beim Aufwachen gestört sein. Manche Menschen leiden auch unter zu viel Müdigkeit, obwohl sie ausreichend Schlaf bekommen.*

- Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?  ja  nein
- Wie lange dauert es nach dem zu Bett gehen bis Sie einschlafen? \_\_\_\_\_ Stunden
- Haben Sie Probleme durchzuschlafen?  ja  nein
- Werden Sie in der Regel früher wach als Sie eigentlich möchten?  ja  nein
- Wie viel Stunden schlafen Sie pro Nacht insgesamt? \_\_\_\_\_ Stunden
- Kommt es vor, dass Sie tagsüber plötzlich einschlafen?  ja  nein
- Leiden Sie unter Alpträumen?  ja  nein

### f) Posttraumatische Belastungsstörung

*Eine Posttraumatische Belastungsstörung wird ausgelöst durch das Erleben oder Beobachten eines (oder mehrerer) stark belastenden Ereignisses und geht mit wiederkehrenden bedrückenden Erinnerungen an das Ereignis sowie körperlichen Reaktionen einher.*

Hatten Sie irgendwann in Ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder waren Sie Zeuge eines solchen Ereignisses (z.B. schwerer Unfall, Naturkatastrophe, gewalttätiger Angriff durch fremde oder bekannte Personen, sexueller Angriff, Gefangenschaft)?

ja  nein

Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Ereignis, die ungewollt auftreten?

ja  nein

Reagieren Sie körperlich (z.B. Herzrasen) wenn Sie an das Ereignis erinnert werden?

ja  nein

Versuchen Sie Aktivitäten, Menschen und Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?

ja  nein

### g) Dissoziative Symptome

*Das Hauptmerkmal von dissoziativen Symptomen ist eine Veränderung des Bewusstseins, die sich z.B. in einer Veränderung der Sinneswahrnehmungen, des Raum-Zeit-Erlebens oder der Körperempfindungen äußern kann.*

Haben Sie zeitweise das Gefühl, dass Ihr Körper oder ein Teil Ihres Körpers nicht zu Ihnen gehört?

ja  nein



Kommt es Ihnen manchmal so vor als betrachten Sie die Welt durch einen Schleier oder Nebel, so dass Personen und Gegenstände weit entfernt oder unwirklich wirken?

ja  nein

Sind Sie sich manchmal nicht sicher, ob Ereignisse, an die Sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob Sie davon nur geträumt haben?

ja  nein

Haben Sie manchmal das Gefühl, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie Sie etwas tun?

ja  nein

### **h) Psychosomatische Beschwerden**

*Von psychosomatischen Beschwerden spricht man, wenn unter Stress und Belastung körperliche Beschwerden auftreten, die sich nicht durch eine rein organische Ursache erklären lassen.*

Haben Sie in den letzten Wochen unter einer oder mehreren der folgenden Beschwerden gelitten?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen    | <input type="radio"/> Schweißausbrüche    |
| <input type="radio"/> andere Schmerzen | <input type="radio"/> Magen-Darm-Probleme |
| <input type="radio"/> Atembeschwerden  | <input type="radio"/> Ohrgeräusche        |
| <input type="radio"/> Schwindel        | <input type="radio"/> Hautprobleme        |
| <input type="radio"/> Herzrasen        | <input type="radio"/> andere: _____       |

Sind diese Beschwerden im Zusammenhang mit äußeren Belastungen oder Stress aufgetreten?

- regelmäßig/immer  häufig  manchmal  selten  nie

### **i) Schmerzen**

Erleben Sie häufig so starke Schmerzen, dass Sie sich kaum noch konzentrieren können?

ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen:

---

Wo genau leiden sie unter Schmerzen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kopf                           | <input type="radio"/> Bauchbereich             |
| <input type="radio"/> Gesicht                        | <input type="radio"/> unter Rücken, Gesäß      |
| <input type="radio"/> Hals oder Nacken               | <input type="radio"/> Hüfte                    |
| <input type="radio"/> Schulter                       | <input type="radio"/> Beine oder Füße          |
| <input type="radio"/> Arme oder Hände                | <input type="radio"/> Geschlechtsorgane, After |
| <input type="radio"/> Brustkorb                      | <input type="radio"/> oberer Rücken            |
| <input type="radio"/> sonstige Körperbereiche: _____ |  |

### **j) Alkoholkonsum**

An wie viel Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? An \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche  
Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

---

Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach der  
Meinung anderer Leute trinken sollten?  ja  nein

Haben Sie schon erfolglos versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?  
 ja  nein

### **k) Medikamente, die abhängig machen können**

Haben Sie jemals regelmäßig Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel eingenommen?  
 ja  nein

Medikament	Dosis	Zeitraum	ärztlich verordnet?
_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Hatten Sie je das Gefühl, daran etwas ändern zu müssen?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher Substanz und warum?

---

### **l) Rauschmittel oder Drogen**

Haben Sie jemals regelmäßig Rauschmittel oder Drogen wie z.B. Cannabis, Kokain, Heroin,  
LSD usw. eingenommen?  ja  nein

Substanz Zeitraum und Häufigkeit

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie je das Gefühl, daran etwas ändern zu müssen?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher Substanz und warum?

---

### **m) Zigaretten**

Rauchen Sie Zigaretten?  ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_ Zigaretten täglich

Empfinden Sie dies als problematisch?  ja  nein

### **n) Impulskontrolle**

Üben Sie Tätigkeiten aus, die mehr Zeit oder Geld erfordern als Sie eigentlich zur Verfügung  
haben? (z.B. Spielen im Internet oder am Handy, Shoppen, Glücksspiel, exzessiver Sport)

ja       nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wieviel Zeit/Geld wenden Sie dafür pro Woche auf? \_\_\_\_\_

### **o) Probleme im Alltag und mit anderen Menschen**

Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft von ihnen kritisiert oder abgelehnt zu werden?  ja       nein

Fühlen Sie sich im Allgemeinen unwohl, wenn Sie alleine sind?  ja       nein

Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?  ja       nein

Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, dass andere Sie ausnutzen oder verletzen?  ja       nein

Haben Sie oft das Gefühl, dass Dinge, die eigentlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen?  ja       nein

Können Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, auskommen?  ja       nein

Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt?  ja       nein

Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?  ja       nein

Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?  ja       nein

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?  ja       nein

### **p) Aktuelle Belastungen**

Unter welchen äußeren Belastungen leiden Sie zurzeit?

Finanzielle Probleme

Umzug, Hausbau, Umbau

Probleme in der Partnerschaft

Sorgen oder Konflikte mit den Kindern

Ärger am Arbeitsplatz (mit Mitarbeitern oder Vorgesetzten)

Sorge um den Arbeitsplatz

Krankheit von Angehörigen oder Bekannten

Verlust des Partners oder eines nahen Angehörigen

wichtige Entscheidungen, die bevorstehen

sonstiges: \_\_\_\_\_

## **6. Problemverständnis**

**a) Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Ursachen für Ihre Beschwerden und Probleme?**

---

---

**b) In welchen Situationen Ihres Alltags treten die Probleme besonders stark oder häufig auf?**

---

**c) Wenn die Probleme auftreten, wie gehen Sie dann damit um?**

---

---

**d) In welchen Situationen tritt das Problem nicht oder schwächer auf?**

---

## **7. Erwartungen an die Behandlung in unserer Klinik**

**a) Wie sind Sie auf unserer Klinik aufmerksam geworden?**

- Hausarzt                       Internet                       Prospekte  
 Facharzt                       Psychotherapeut                       Presse oder andere Medien  
 andere Patienten       sonstiges: \_\_\_\_\_

**b) Was erhoffen Sie sich von der Therapie in unserer Klinik?**

---

---

---

**c) Welche Befürchtungen haben Sie hinsichtlich der Therapie in unserer Klinik?**

---

---

Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihr Bemühen beim Ausfüllen des Fragebogens!

Ihr Zentrum für Psychosomatische Medizin & Tagesklinik

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Gültigkeitsbereich:	PSM
Datum	06.2024	06.2024	06.2024	Revisionsstand:	1
Funktion/ggf. Name	CA PSM	QM	CA PSM	Formularnr.:	