

Psychotherapeutische Praxis

Dr. med. Andrea Waldvogel Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Naturheilverfahren

An der Heide 9

61440 Oberursel

Tel.: 0176 29061354

www.dr-waldvogel.de

Fragebogen zur Lebensgeschichte:

Datum:

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Falls Sie Fragen nicht beantworten möchten oder diese zu belastend sind, markieren Sie diese bitte einfach am Rand.

Falls Ihnen der Platz nicht reichen sollte, ergänzen Sie die Angaben bitte auf einem Zusatzblatt!

Allgemeines:

Name:

Konfession:

Vollständige Adresse:

Geburtsdatum:

Tel: Festnetz:

Handy:

Geburtsort:

Hausarzt Adresse:

e-mail:

Krankenkasse und Nummer: /

Tel:

Aktuelle Medikation: (Präparat, Dosis, Einnahmehäufigkeit)

Organische Erkrankungen:(Schilddrüsenunterfunktion, Bluthochdruck,...)

1.Leben Sie mit einem Menschen zusammen? Mit wem, wo?(Elternhaus/Mietwohnung)?

2.Familienstand (ledig, mit Partner zusammenlebend, verlobt, verheiratet, wiederverheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet): seit wann:

Aktuelle Beschwerden:

3. Schildern Sie bitte die Hauptbeschwerden und Probleme, die Sie herführen:

4. Wünschen Sie die Behandlung selbst oder wer riet Ihnen dazu?

5. Wen haben Sie bisher – und wie lange – wegen Ihrer bisherigen Beschwerden aufgesucht?

6. Waren Sie schon früher einmal bei einer/m Psychotherapeutin/en oder Psychiater/Nervenarzt in Behandlung? wann: Adresse:

7. Psychiatrische, psychosomatische Klinikbehandlungen, auch Kur:
wann: Adresse:

8. Hatten oder haben Sie lebensmüde Gedanken? Haben Sie einmal versucht sich das Leben zu nehmen?

Familie

11. Vater: Name: Geburtsjahr: Beruf:
Krankheiten: ggf: Todesursache und -zeitpunkt:

Charaktereigenschaften des Vaters und Einstellung Ihnen gegenüber:

12. Mutter: Mädchenname: Geburtsjahr: Beruf:
Krankheiten: ggf: Todesursache und -zeitpunkt:

Charaktereigenschaften der Mutter und Einstellung Ihnen gegenüber:

13. Falls Sie eine/n Stiefmutter oder -vater hatten, wie alt waren Sie bei der Wiederverheiratung?

14. Wie wurden Sie von den Eltern bestraft?

15. Atmosphäre im Elternhaus und Ehe der Eltern:

16. Konnten Sie den Eltern vertrauen?

17. Geschwister: (dem Alter nach und sich bitte selbst auch eintragen)

Name	Geb.Jahr	Beruf	Familienstand	ggf Todesjahr	Beziehung zu ihr/ihm
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

18. Haben sich Menschen (Eltern, Verwandte, Freunde) zeitweise in Ihr Leben (Beruf, Ehe,...) eingemischt?

19. Falls Ihre Eltern Sie nicht erzogen haben, wer hat Sie erzogen, wann?

20. Bis zu welchem Alter lebten Sie bei den Eltern? (Anlass des Auszugs)

21. Welches waren/sind Ihre wichtigsten Vertrauenspersonen?

22. Können Sie leicht Freunde gewinnen/ und auch behalten?

23. Gibt es psychische Erkrankungen in Ihrer Familie (wer, wann, was)?

Vorgeschichte:

24. Falls bekannt: Befinden der Mutter in der Schwangerschaft:

25. Unterstreichen Sie alles, was in der Kindheit vorgekommen ist:
nächtliches Aufschrecken, Bettnässen, Schlafwandeln, Daumenlutschen, Nägelkauen, Ängste,
insgesamt glückliche/unglückliche Kindheit

26. Sind Sie in Ihrer Kindheit umgezogen, geflohen, wie oft, wohin?

27. Besuchten Sie einen Kindergarten, wenn ja von welchem Alter an?
Alter beim Schuleintritt: _____ Schulabschluss Schulart und Jahr: _____
Beziehung zu Mitschülern, wurden Sie gehänselt?

28. Spiele, Interessen, Hobbys und Sport während Kindheit und Jugend:

Berufliches und Soziales:

29. Befinden Sie sich in einer Berufsausbildung?

30. Alter zu Beginn der Berufstätigkeit?

31. Was haben Sie beruflich nach dem Schulabschluss gemacht (von wann bis wann und Gründe für Wechsel)?

32. Zur Zeit berufstätig als: _____ seit: _____

33. Sind Sie mit Ihrem momentanen Beruf zufrieden, wenn nicht womit sind Sie unzufrieden?

34. Welche beruflichen Pläne haben Sie für die Zukunft:

35. Arbeitslos seit:

36. Reicht Ihnen Ihr Geld/Gehalt?

37. Haben Sie Schulden, wofür?

38. Seit wann sind Sie krankgeschrieben?

39. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt, wann?

40. Ist Ihre Erwerbsfähigkeit herabgesetzt, wenn ja zu wie viel Prozent?

41. Nennen Sie bitte für Ihr Leben bedeutsame Unternehmungen (Hausbau,..):

42. Gegenwärtige Interessen, Hobbys, was füllt Ihre Freizeit aus?

Sexualität:

43. Wie war die Einstellung der Eltern zur Sexualität und gab es eine Aufklärung darüber?

44. Haben Sie Ängste, Schuldgefühle in Bezug auf Ihre Sexualität erlebt oder gibt es aktuelle Beeinträchtigungen?

Suchtgefährdung und suchartiges Verhalten:

45. Rauchen Sie, wenn ja wie viele Zig./Tag: _____ oder Zig/Woche: _____

46. Trinken Sie Alkohol? Was, wann, wie oft im Laufe der Woche?

Trinken Sie Alkohol zur Entspannung? _____ Wie oft hatten Sie einen Filmriss durch Alkohol?

Hatten Sie schon einmal Symptome wie Zittern oder Schwitzen, wenn Sie keinen Alkohol trinken?

47. Haben Sie Erfahrung mit Rauschdrogen (Cannabis, Hasch Speed/Amphetamine, Ecstasy, Kokain, Heroin, ...) Welche Substanzen in welchem Zeitraum?

Nehmen Sie aktuell Drogen, welche, in welchen Mengen, wann zuletzt?

48. Gibt es nicht-stoffgebundene, suchtartige Verhaltensweisen bei Ihnen? (Spielsucht, Internetsucht, Sexsucht, suchtartiges Stehlen,...), wie viel Geld/Zeit investieren Sie pro Woche dafür?

49. Hatten oder haben Sie ein suchtartiges Essverhalten (Essanfälle, Ess-Brechanfälle, magersüchtiges Verhalten)? Wann?

Größe: cm Körpergewicht: kg Sind Sie mit ihrem Körpergewicht zufrieden?

50. Haben Sie Schwierigkeiten in der Wohnung Ordnung zu halten, in welcher Weise?

Ehe/Partnerschaft:

51. Befanden Sie sich bereits in früheren festen Partnerschaften/ Ehen, wann?

52. Besteht derzeit eine Ehe/Partnerschaft?

Datum der Eheschließung?

Ihr Alter damals?

Alter des Ehepartners damals?

Beruf des Partners:

53. Charaktereigenschaften der (Ehe)Partnerin/des Partnerin:

54. War Ihr/e Partner/in schon einmal verheiratet, wenn ja, von wann bis wann?

55. Auf welchen Gebieten gibt es Übereinstimmungen?

Auf welchen Gebieten gibt es Meinungsverschiedenheiten?

56. Gibt es Trennungsabsichten?

57. Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihrer Partnerin/ Ihres Partners aus?

58. Kinder:

Namen

Geburtsjahr

Geschlecht

Beruf

Familienstand

1.

2.

3.

4.

Hatten Sie Fehlgeburten? Wann?

Auslösende Ereignisse:

59. Was geschah in den Stunden, Tagen, Wochen, Monaten vor Ausbruch Ihrer Erkrankung?

Therapieziele:

60. Was möchten Sie ändern/erreichen?