

VDS0 - P A T I E N T E N F R A G E B O G E N

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anzahl der Kinder: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Familienstand: _____ bzw. derzeitige bestehende Partnerschaft ja nein

E-Mail: _____

Tel. Nr. privat _____ tagsüber: _____

Schulabschluss: _____ erlernter Beruf: _____

z. Zt. ausgeübter Beruf: _____

Arbeitgeber (keine Pflichtangabe): _____

Krankenkasse: _____

Mit **Zweigstellenangabe**: Str., Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

gegebenenfalls mitversichert bei:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Falls Sie gesetzlich versichert sind: haben Sie sich für das

Kostenerstattungsverfahren entschieden? ja nein

Wenn ja, bitte unbedingt Rücksprache mit dem Therapeuten halten!

Falls Sie privat versichert sind: wurde ein besonderer Gebührensatz mit Ihrer Kasse

vereinbart? ja nein

Wenn ja, welcher Satz? (z.B. 1.6-fach) _____

Bitte unbedingt Rücksprache mit dem Therapeuten halten!

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam?

Überwiesen von (evtl. Name, Adresse, Fachrichtung):

Name des Hausarztes:

Ich war in den letzten 2 Jahren in ambulanter Psychotherapie / Verhaltenstherapie

nein

ja, bei wem _____? bis wann? _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

um im folgenden Gespräch möglichst viel Zeit für Ihr Problem zu haben, bitte ich Sie, nachfolgende Fragen, soweit Sie sich erinnern, zu beantworten.

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Anlass meines Kommens sind folgende Beschwerden:

2. Fragen zu bisherigen Erkrankungen:

Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte im Kindesalter
(welche, wann, in welchem Alter):

Hatten Sie Unfälle, Operationen (welche, wann)?

Krankschreibungen in den letzten 2 Jahren **wegen psychosomatischer oder psychischer Beschwerden:**

von: _____ bis: _____ wegen _____

von: _____ bis: _____ wegen _____

Krankschreibungen **wegen körperlicher Beschwerden**

in den letzten 12 Monaten:

ca. _____ Tage oder _____ Monate

Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Jahren:

wegen?

wo?

wie lange?

2009 _____

2008 _____

2007 _____

2006 _____

Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen
(ambulant bzw. stationär):

Sonstige Erkrankungen ?

(z. B. Gelbsucht, Lungenentzündung, andere Infektionskrankheiten, Diabetes, Rheuma, Blasen-,
Blut-, Darm-, Herz-, Knochen-, Kreislauf-, Magen-, Nerven-, Nierenerkrankungen)

3. Ihr jetziger Gesundheitszustand:

(viele der nachfolgenden Aspekte können unerkannt auf Ihren Gesundheitszustand Einfluss nehmen
oder Folge einer Krankheit sein. Beispiele von möglichen Beschreibungen werden angeboten)

Bitte Zutreffendes unterstreichen oder ausfüllen:

Meine Blutdruckwerte sind meist _____ zu _____

Körpergröße _____ cm, Körpergewicht: _____ kg

erfolgte Impfungen (wann):

Appetit (normal, vermehrt, vermindert?): _____

Atmung (gut, in Ruhe erschwert?): _____

Stuhlgang (normal, verstopft, zu flüssig/zu oft?): _____

Wasserlassen (normal, zu selten/zu wenig, zu oft/zu viel?): _____ : _____

Schlaf (normal, Einschlafstörungen, nächtl. Aufwachen?): _____

Kopfschmerzen (links-, rechts-, beidseitig, hinten, vorne, anfallsweise, Dauerschmerz?):

Schweißbildung (normal, vermehrt, vermindert?): _____

Hautausschläge (wenn ja, welche?): _____

Häufige Erkältungen (wie oft pro Jahr?): _____

Allergien? _____ gegen? _____

Sexualfunktion (normal, stark vermindert, schmerzhaft?): _____

Rauchen Sie? _____ Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag?

Bier: _____

Wein: _____

Spirituosen: _____

Wie viele Tassen Kaffee? _____ Schwarzer Tee? _____

Nehmen Sie

Abführmittel? (welches, wie viel pro Tag): _____

Schmerzmittel? (welches, wie viel pro Tag): _____

Schlafmittel? (welches, wie viel pro Tag): _____

Psychopharmaka (welches, wie viel pro Tag): _____

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein, welche Menge, wie oft?

Einnahme sonstiger Drogen, ggfs. wann/wie lange:

Was? _____ Begonnen wann? _____ Genommen bis? _____

Was? _____ Begonnen wann? _____ Genommen bis? _____

Was? _____ Begonnen wann? _____ Genommen bis? _____

Nur für Damen

Monatsblutungen (unregelmäßig, sehr schmerzhaft, bleiben aus?): _____

Erste Regelblutung im Alter von _____ Jahren.

Wie viele Schwangerschaften bestanden bisher? _____

Unterschrift: _____