

Fragebogen - Erstuntersuchung

Patientenetikette

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen, die Ihre derzeitige Lebenssituation, Ihre Krankengeschichte sowie Ihre Lebensgeschichte betreffen. Diese Informationen helfen uns, Sie und Ihre Beschwerden besser kennen zu lernen und Ihr derzeitiges Beschwerdebild zu klären. Somit ist es für uns leichter möglich, für Sie einen individuellen Therapieplan zu erstellen und die entsprechenden Behandlungsmethoden auszuwählen.

Wir ersuchen Sie daher, die Fragen gewissenhaft, vollständig und ohne fremde Hilfe zu beantworten. Die Informationen, die wir erhalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, da das gesamte therapeutische Team der Schweigepflicht unterliegt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Angaben zur Person

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ männlich
☐ weiblich

Wohnort
(PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Telefonnummer(n): _____

Staatsangehörigkeit: ☐ Österreich
☐ andere: _____

2. Bei welchen Ärzten/ Therapeuten stehen Sie derzeit in Behandlung?

Hausarzt
(Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Facharzt
(Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

Weitere Ärzte/Therapeuten
(Name, PLZ, Ort, Straße, Nr.): _____

3. Derzeitiges Beschwerdebild

Welche sind Ihre wichtigsten **körperlichen** und/oder **seelischen** Beschwerden, deretwegen Sie unsere Abteilung aufsuchen und seit wann bestehen diese?

Körperliche Beschwerden

☐ Seit _____

☐ Seit _____

☐ Seit _____

☐ Seit _____

Seelische Beschwerden

☐ Seit _____

☐ Seit _____

☐ Seit _____

☐ Seit _____

Wie stark fühlen Sie sich **im letzten Monat** in den folgenden Bereichen durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?
(0=gar nicht; 10=extrem stark beeinträchtigt)

In der **täglichen Arbeit**

(Berufsleben, Schule, Ausbildung oder Studium)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

bei **häuslichen Aktivitäten**

(Haushalt, Einkaufen, Kinderbetreuung etc.)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

bei **sozialen Freizeitaktivitäten**

(Freunde besuchen, in Lokale gehen, Feiern, Vereine etc.)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

bei **individuellen Freizeit-**

aktivitäten (Lesen, Garten- oder Handarbeit, Wandern etc.)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

in der **Beziehung zu Anderen**

(Partnerschaft, Familie, Freundeskreis etc.)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

☐ ausgezeichnet

☐ sehr gut

☐ gut

☐ Weniger gut

☐ schlecht

Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

☐ Derzeit viel besser als vergangenes Jahr

☐ Derzeit etwas besser als vergangenes Jahr

☐ Etwa so wie vergangenes Jahr

☐ Derzeit etwas schlechter als vergangenes Jahr

☐ Derzeit viel schlechter als vergangenes Jahr

Wie hoch schätzen Sie den derzeitigen Schweregrad Ihrer Erkrankung ein? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- ☐ Derzeit überhaupt nicht krank
☐ Derzeit grenzwertig krank
☐ Derzeit nur leicht krank
☐ Derzeit mäßig krank

- ☐ Derzeit deutlich krank
☐ Derzeit schwer krank
☐ Derzeit extrem schwer krank

Welche Ursachen halten Sie für wahrscheinlich für Ihre Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Körperliche Krankheiten
☐ Operationen
☐ Verletzungen
☐ Arbeitsunfall
☐ Erbanlagen / Genetik

- ☐ Ernährung
☐ Wetter
☐ Umweltbelastungen
☐ Seelische Belastungen
☐ andere _____

Hat jemand in Ihrer Familie ähnliche Beschwerden wie Sie?

- ☐ nein
☐ ja (Welches Mitglied): _____

4. Bisherige Behandlungen wegen der derzeitigen Beschwerden

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Arzt / Therapeuten aufgesucht?

- ☐ gar nicht
☐ ca. einmal pro Monat
☐ ca. einmal pro Woche
☐ (beinahe) täglich

Bei wieviel verschiedenen Ärzten / Therapeuten haben Sie in dieser Zeit Hilfe gesucht?

- ☐ Ich war bei keinem Arzt / Therapeuten
☐ bei 1 Arzt / Therapeuten
☐ bei 2-5 Ärzten / Therapeuten
☐ bei mehr als 5 Ärzten / Therapeuten

Kreuzen Sie bitte jene Ärzte an, die Sie wegen Ihrer derzeitigen Beschwerden aufgesucht haben: (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Praktischer Arzt
☐ Internist
☐ Kardiologe
☐ Endokrinologe
☐ Allergologe
☐ Dermatologe
☐ Anästhesiologe
☐ Orthopäde
☐ Chirurg
☐ Neurochirurg
☐ Physikalische Medizin

- ☐ Physikalische Medizin
☐ Rheumatologe
☐ Psychiater
☐ Neurologe
☐ Lungenfacharzt
☐ Onkologe
☐ Radiologe
☐ Gynäkologe
☐ Urologe
☐ andere _____

Kreuzen Sie bitte an, welche weiteren Behandlung(en) Sie für Ihre derzeitigen Beschwerden bisher in Anspruch genommen haben: (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ keine
☐ Psychotherapie
☐ Psychologische Behandlung
☐ Entspannungsverfahren
☐ Massagen
☐ Heilgymnastik
☐ Ergotherapie
☐ Diäten

- ☐ Akupunktur / Akupressur
☐ Homöopathie
☐ Nervenstimulation / TENS
☐ Neuraltherapie
☐ Manuelle Medizin
☐ Magnetfeldtherapie
☐ Operationen
☐ andere _____

Wie gut haben die bisherigen Behandlungen insgesamt geholfen?

- ☐ Sehr gut geholfen
☐ Gut geholfen
☐ Mittelmäßig geholfen

- ☐ Wenig geholfen
☐ gar nicht geholfen
☐ eher geschadet

Welche Medikamente haben Sie für Ihre derzeitigen Beschwerden bisher eingenommen?

Medikament (Name)	Dosierung	Behandlungsdauer
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Mussten Sie wegen Ihrer ☐ nein
derzeitigen Beschwerden schon ☐ ja (Name der Einrichtung): _____
einmal stationär oder tagesklinisch
behandelt werden? _____

5. Frühere Erkrankungen

Bitte geben Sie an, ob Sie früher – unabhängig von Ihren derzeitigen Beschwerden – schwerwiegende Erkrankungen oder Unfälle hatten:

Jahreszahl	Art der Erkrankung / des Unfalls	Stationäre Behandlung wo?	Erkrankungsdauer

Waren Sie - unabhängig von Ihren ☐ Nein
derzeitigen Beschwerden - bereits
früher einmal in psychiatrischer, ☐ Ja, einmal für _____ Wochen
psychotherapeutischer oder ☐ Ja, öfter als einmal
psychologischer Behandlung?

Welcher Beschwerden wegen _____
haben Sie damals eine
Behandlung aufgesucht? _____

6. Aktuelle Lebenssituation

Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

- ☐ Ledig
- ☐ in einer Partnerschaft lebend
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden oder getrennt lebend
- ☐ (mehrmals) geschieden und derzeit in neuer Partnerschaft lebend
- ☐ (mehrmals) geschieden und derzeit alleine lebend
- ☐ verwitwet

Wie leben Sie zur Zeit?

- ☐ alleinstehend und in einem eigenen Haushalt
- ☐ in einem gemeinsamen Haushalt mit Personen der Herkunftsfamilie (z.B.: Eltern, Großeltern, Geschwister)
- ☐ in einem gemeinsamen Haushalt mit Ihrer eigenen Familie (z.B.: Partner, Kinder)
- ☐ in einer Wohngemeinschaft
- ☐ sonstiges: _____

Wenn Sie derzeit berufstätig sind,...

... wie ist die Berufsbezeichnung? _____

... in welcher Position befinden Sie sich?

- | | |
|--|---|
| ☐ Lehrling | ☐ Angestellter / Beamter |
| ☐ Hilfsarbeiter | ☐ Selbständiger (mit Mitarbeitern) |
| ☐ Facharbeiter | ☐ Freiberuflicher |

... wie belastend schätzen Sie diese berufliche Tätigkeit ein?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
nicht belastendäußerst belastend

Wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind,...

... befinden Sie sich

- ☐ im Krankenstand seit _____
- ☐ in einem laufenden Pensionierungsverfahren seit _____
- ☐ in Frühpension seit _____
- ☐ in Alterspension.

... wie viele Wochen waren Sie in den letzten 6 Monaten krank geschrieben?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Gar nicht | ☐ 9-12 Wochen |
| ☐ 1-4 Wochen | ☐ mehr als 12 Wochen |
| ☐ 5-8 Wochen | |

7. Biographische Angaben

Wo sind Sie bis zum Abschluss Ihrer Schulzeit aufgewachsen? (z.B.: Mutter allein, Vater allein, Eltern, Großeltern, Tante, Onkel, Adoptiveltern, Pflegeeltern, Bekannte, Heim, etc.)

Geburt bis zum 6. Lebensjahr

Vom 7. bis zum 10. Lebensjahr

Vom 11. bis zum 14. Lebensjahr

Vom 15. bis zum 18. Lebensjahr

Gab es in Ihrer Kindheit/Jugend bis zu Ihrem 18. Lebensjahr belastende, lebensverändernde Ereignisse?

- | | |
|---|---|
| ☐ Nein | ☐ Wohnortwechsel |
| ☐ Wenn ja, welche? | ☐ Trennung von der Mutter für mehrere Monate |
| | ☐ Scheidung der Eltern |
| | ☐ Schwere Erkrankung/Verletzung einer wichtigen Bezugsperson |
| | ☐ Tod einer wichtigen Bezugsperson |
| | ☐ andere _____ |

Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrer leiblichen Mutter/Ihrem Vater in der Kindheit bezeichnen?

- | | | | | |
|---|----------|-------------|-----------------------|------------------|
| ☐ Mutter | Sehr gut | weniger gut | schwer beeinträchtigt | keine Erinnerung |
| ☐ Vater | Sehr gut | weniger gut | schwer beeinträchtigt | keine Erinnerung |
| ☐ Andere wichtige Person | Sehr gut | weniger gut | schwer beeinträchtigt | keine Erinnerung |

.....

Gab es in Ihrer Kindheit/Jugend bis zu Ihrem 18. Lebensjahr belastende, lebensverändernde Ereignisse?

- | | |
|---|---|
| ☐ Nein | ☐ Wohnortwechsel |
| ☐ Wenn ja, welche? | ☐ Trennung von der Mutter für mehrere Monate |
| | ☐ Scheidung der Eltern |
| | ☐ Schwere Erkrankung/Verletzung einer wichtigen Bezugsperson |
| | ☐ Tod einer wichtigen Bezugsperson |
| | ☐ andere _____ |

Welchen Schulabschluss haben Sie bisher erreicht?

- ☐ Pflichtschule
- ☐ Berufs- bzw. Fachschule
- ☐ Matura
- ☐ Universität/Fachhochschule

Welchen beruflichen Beschäftigungen sind Sie bisher nachgegangen?

Art der Tätigkeit (Berufsbezeichnung)	Dauer der Ausübung
1. _____	
2. _____	
3. _____	

Nennen Sie bitte die drei schönsten Ereignisse in ihrem Leben:

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

Nennen Sie bitte die drei schlimmsten Ereignisse in ihrem Leben:

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

8. Behandlungsplanung

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie bezüglich einer Behandlung an unserer Abteilung?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Haben Sie Welche Zweifel oder Befürchtungen, wenn ja, welche?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Weitere Fragen oder Themenbereiche, die Ihnen für die Planung Ihrer Behandlung wichtig erscheinen:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen vollständig beantwortet haben.

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen mit eventuell bestehenden wichtigen Untersuchungsbefunden (Facharztbefunde, Arztbriefe, ...) zu Ihrem Erstgesprächstermin mitzubringen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Team der Erwachsenen-Psychosomatik

Klinikum Wels-Grieskirchen, Standort Grieskirchen

Fragebogen zu schwerwiegenden oder traumatischen Lebensereignissen

Im Folgenden wird nach einer Reihe von schwerwiegenden oder traumatischen Lebensereignissen gefragt, wie z.B. Erfahrungen mit Verbrechen, Katastrophen und körperlichen oder seelischen Übergriffen. Geben Sie bitte für jedes Ereignis an, ob es passiert ist, und wenn ja, wie oft es passierte sowie Ihr ungefähres Alter, als es passierte (wenn Sie sich nicht sicher sind, geben Sie Ihre beste Schätzung an).

Traumatisches Ereignis	Lebensalter	Wie oft?	Traumatisches Ereignis	Lebensalter	Wie oft?
☐ Vergewaltigung			☐ Vertreibung		
☐ Verbrechen			☐ Katastrophen/Kriegsereignisse		
☐ Unfälle			☐ Lebensbedrohliche Krankheiten in der Kindheit		
☐ Erleben/beobachten von körperlichen oder seelischen Übergriffen			☐ Emotionale/körperliche Vernachlässigung in der Kindheit		
☐ Verlust geliebter Personen			☐ Andere		

Während des schlimmsten Erlebnisses ...	Ja	Nein
1. ... fühlten Sie sich hilflos?	☐	☐
2. ... hatten Sie starke Angst oder waren voller Entsetzen?	☐	☐

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den letzten Monat:				
	überhaupt nicht	1x/Woche oder seltener bzw. manchmal	2-4x/Woche bzw. die Hälfte der Zeit	5x/Woche bzw. fast immer
3. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	☐	☐	☐	☐
4. Haben Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis wichtig für Sie waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	☐	☐	☐	☐
5. Fühlten Sie sich den Menschen Ihrer Umgebung deswegen entfremdet und anders?	☐	☐	☐	☐
6. Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	☐	☐	☐	☐
7. Hatten Sie das Gefühl durch das Erlebnis, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie keine Kinder haben oder dass Sie keinen Erfolg im Beruf haben würden)?	☐	☐	☐	☐
8. Hatten Sie Ein- oder Durchschlafstörungen seit dem Erlebnis (d.h. vorher noch nicht)?	☐	☐	☐	☐
9. Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen Geräusche macht)?	☐	☐	☐	☐