



Name:..... Versicherungsnummer:.....

Datum:..... Pat.Nr.....

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Screening Fragen:

Im Folgenden finden Sie einige wichtige Fragen zu Problemen, die Sie möglicherweise irgendwann in Ihrem Leben gehabt haben. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst mit JA oder NEIN.

- 1. Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Alkohol zum Problem geworden ist?
2. Haben Sie jemals regelmäßig Drogen genommen?
3. Rauchen Sie (Zigaretten, etc.)?
4. Fühlen Sie sich jemals von einem ärztlich verschriebenen Medikament abhängig oder nahmen Sie mehr davon, als Ihnen verschrieben wurde (z.B. Beruhigungsmittel, Schmerzmittel)?
5. Hatten Sie jemals Angst, allein das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?
6. Hatten Sie schon einmal Angst davor oder war es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?
7. Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?
8. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren?
9. Machen Sie sich unablässige Sorgen darüber, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, die Ihre Ärzte bislang noch nicht erkannt und diagnostiziert haben?
10. Kam es schon einmal vor, dass andere Menschen sagten, Sie seien zu dünn?



Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können? ja nein

12. Wann sind Ihre psychischen Beschwerden erstmals aufgetreten?

Im Jahr:.....(ev. Monatsangabe)

13. Wann haben Sie erstmals eine ärztliche oder therapeutische Behandlung aufgrund der psychischen Beschwerden in Anspruch genommen?

Im Jahr.....(ev. Monatsangabe)

14. Waren Sie wegen Ihrer psychischen Probleme in stationärer Behandlung?

ja nein

Wenn ja, Namen der Spitäler und ungefährender Jahreszahl der Aufnahme:

Name des Spitals	Jahr der Aufnahme

Derzeitige Behandlung:

Geben Sie bitte Namen, Adressen und Tel.Nr. Ihrer derzeitigen behandelnden Ärzte an.

Facharzt/ in:.....

Praktischer Arzt/ in:.....

Psychotherapeut/ in:.....



Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Name des Medikaments und Dosierung	Früh	Mittags	Nachmittags	Abends

Angaben zu verschiedenen Problembereichen in den letzten 4 Wochen

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu Problembereichen. Beantworten Sie bitte die Fragen zu allen Problembereichen, auch wenn Sie in dem einen oder anderen keinerlei Schwierigkeiten haben.

Angst

Ein Panik- bzw. Angstanfall aus *plötzlich einsetzender intensiver* Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei treten häufig zur gleichen Zeit sehr unangenehme *körperliche Symptome* auf, wie z.B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

1. Haben Sie in den letzten 4 Wochen einmal einen solchen Angstanfall erlebt, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben bestand?

ja nein

Wenn ja, wie häufig traten diese Angstanfälle in den letzten 4 Wochen auf?



2. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, weil Sie fürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)

ja nein

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

.....
.....

Zwang

3. Haben Sie in den letzten 4 Wochen wiederholt länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen gehabt, die Ihnen, zumindest anfänglich, lästig oder unsinnig erschienen sind, z.B. die Vorstellung, sich zu beschmutzen oder sich zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun oder ein dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passieren könnte?

ja nein

Wenn ja, geben Sie Beispiele dafür:

.....

4. Haben Sie in den letzten 4 Wochen den Drang verspürt, irgendwelche Dinge immer wieder tun zu müssen, obwohl Sie das als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie beispielsweise mehrfach hintereinander die Hände waschen oder öfter hintereinander kontrollieren, ob Sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet haben, oder aber das Gefühl nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?

ja nein

Wenn ja, geben Sie Beispiele dafür:

.....
.....

Wie sicher sind Sie, dass diese Handlungen übertrieben und ungerechtfertigt sind?

völlig ungerechtfertigt/übertrieben Handlungen unbedingt notwendig



Depressionen

5. Waren Sie in den letzten 4 Wochen über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen nahezu jeden Tag niedergeschlagen oder bedrückt oder hatten kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

- ja nein

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät
- verminderter oder gesteigerter Appetit
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- Ruhelosigkeit oder vermehrter Schlaf
- Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein
- Verlangsamung der Bewegung oder des Sprechens
- Müdigkeit oder Energieverlust
- Schuldgefühle
- Konzentrationsverlust
- Entscheidungsunfähigkeit
- wiederkehrende Gedanken an den Tod
- Selbstmordgedanken
- Selbstmordversuch

Essverhalten

6. Körpergröße.....cm Derzeitiges Körpergewicht.....kg

7. Bitte geben Sie nachfolgend Ihr höchstes und niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr ungefähr an:

höchstens: ca.....kg im Alter von.....Jahren
niedrigstes: ca.....kg im Alter von.....Jahren

8. Von Essanfällen spricht man, wenn in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge gegessen wird und man sich dabei dem Drang zu essen ausgeliefert fühlt. Haben Sie in den letzten 4 Wochen einen solchen Essanfall erlebt?

- ja nein

9. Führen Sie nach einem Essanfall Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen?

- ja nein

Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?

.....
.....



10. Bemühen Sie sich, Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halte

ja nein

Wenn ja, wie hoch ist die Grenze?..... kg

Was tun Sie damit Sie nicht zunehmen?

.....

Nikotin

11. Rauchen Sie?

- gar nicht
- ein bis fünf Zigaretten täglich
- fünf bis 10 Zigaretten täglich
- über 15 Zigaretten täglich

- PfeifeStück täglich
- ZigarreStück täglich
- ZigarillosStück täglich

Alkohol

12. Haben Sie in den letzten 4 Wochen mehr Alkohol getrunken, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?

ja nein

13. Haben Sie in den letzten 4 Wochen illegale Drogen oder Beruhigungsmittel konsumiert?

ja nein

Wenn ja, wie viel Alkohol bzw. Drogen (wie THC, Amphetamine, etc.) haben Sie getrunken bzw. konsumiert?

..... Wann war das?.....

14. Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder stationärer Behandlung wegen übermäßigen Alkoholkonsums bzw. Drogenkonsums (gemeint sind sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Behandlungen)?

ja nein

Wenn Ja, geben Sie bitte diesbezüglich Behandlungen in den dafür vorgesehenen Spalten an, wo und wann diese stattfinden:

WO	WANN



Schmerz/körperliche Beschwerden

15. Hatten Sie die letzten sechs Monate hinweg immer wieder Schmerzen?

- ja
- nein

16. Empfinden Sie häufig so starke Schmerzen/körperliche Beschwerden, dass es Ihnen schwer fällt, sich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren?

- ja
- nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen/körperliche Beschwerden mit eigenen Worten:

.....

17. Wo empfinden Sie Schmerzen? (Kreuzen Sie bitte an, welches/welche der folgenden Körperteile bei Ihnen betroffen ist/sind).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mund/Gesicht/Kopf | <input type="checkbox"/> unterer Rücken/Gesäß |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Nackengebiet | <input type="checkbox"/> Hüfte/Beine/Füße |
| <input type="checkbox"/> Schulter/Arme/Hände | <input type="checkbox"/> Beckenbereich |
| <input type="checkbox"/> Brustkorb/oberer Rücken | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane/After |
| <input type="checkbox"/> Bauchbereich | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Schlaf

18. Haben Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten einzuschlafen?

- ja
- nein

Wenn ja, wie lange dauert es in der Regel nach dem Bett gehen, bis Sie eingeschlafen sind?

.....

19. Haben Sie Probleme, durchzuschlafen (unruhiger Schlaf, häufiges Wachwerden)?

- ja
- nein

Wenn ja, wie viele Stunden schlafen Sie nachts insgesamt?.....

20. Passiert es Ihnen häufiger, dass sie tagsüber plötzlich für kurze Zeit einschlafen?

- ja
- nein

.....

.....



Partnerschaft und Sexualität

21. Wie unglücklich bzw. glücklich würden Sie Ihre Ehe / Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

- (0) sehr unglücklich (3) eher glücklich () derzeit keine Partnerschaft
 (1) unglücklich (4) glücklich
 (2) eher unglücklich (5) sehr glücklich

22. In den meisten Partnerschaften haben Missverständnisse und Konflikte ganz konkrete Anlässe. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Bereiche in Ihrer Partnerschaft zu Konflikten führen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einteilung des monatlichen Einkommens | <input type="checkbox"/> außereheliche Beziehungen |
| <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit | <input type="checkbox"/> Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Haushaltsführung/Wohnung | <input type="checkbox"/> Persönliche Gewohnheiten des Partners |
| <input type="checkbox"/> Vorstellung über Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Kommunikation/ gemeinsame Gespräche |
| <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch/Familienplanung |
| <input type="checkbox"/> Freunde und Bekannte | <input type="checkbox"/> Fehlende Akzeptanz/ Unterstützung des Partners |
| <input type="checkbox"/> Temperament des Partners | <input type="checkbox"/> Forderungen des Partners |
| <input type="checkbox"/> Zuwendung des Partners | <input type="checkbox"/> Krankheiten/Behinderungen/ psychische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Attraktivität | <input type="checkbox"/> Umgang mit Alkohol/ Medikamenten/Drogen |
| <input type="checkbox"/> Vertrauen | <input type="checkbox"/> Tätlichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht | |
| <input type="checkbox"/> Gewährung persönlicher Freiheiten | |
| <input type="checkbox"/> Sexualität | |
| <input type="checkbox"/> andere | |

23. Leiden Sie unter einer oder mehrerer der folgenden sexuellen Probleme?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende oder zu geringe Erregung | <input type="checkbox"/> Erektionsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> früher Samenerguss |
| <input type="checkbox"/> Orgasmusstörung | <input type="checkbox"/> Sonstiges..... |

Selbstverletzung/Suizidgedanken/Suizidversuche

24. Haben Sie versucht sich das Leben zu nehmen? ja nein

25. Haben Sie sich jemals absichtlich selbst verletzt? ja nein



Welche Erwartungen haben Sie an den Reha-Aufenthalt im Bezug auf Ihre Beschwerden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Weitere Fragen zu Ihren Problemen, Beschwerden sowie Erwartungen an den Aufenthalt

Welche Probleme Beschwerden haben Sie im Umgang mit Familie/Partner/Freunden/ Bekannten?

.....

.....

Welche Erwartungen haben Sie an den Reha-Aufenthalt in Bezug auf den Umgang mit Familie/Freunden/Bekanntnen?

.....

.....

Welche Probleme/Beschwerden haben Sie im Beruf/Schule?

.....

.....

Welche Erwartungen haben Sie in den Reha-Aufenthalt in Bezug auf Beruf oder Schule?

.....

.....



Welche Probleme, Beschwerden haben Sie mit der körperlichen Gesundheit?

.....
.....

Welche Erwartungen haben Sie an den Reha-Aufenthalt in Bezug auf Ihre körperliche Gesundheit?

.....
.....

Möchten Sie nach dem Reha-Aufenthalt, wenn sich Ihre Symptome gebessert haben, wieder einer Arbeit nachgehen? ja nein

Schätzen Sie sich derzeit arbeitsfähig ein? ja nein, nicht mehr seit

Welche beruflichen Ziele streben Sie für die Zukunft an? Was sind Ihrer Meinung nach die Voraussetzungen bzw. nötigen Änderungen, um diese Ziele zu erreichen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....