

Jonas Matuschek
Psychologischer Psychotherapeut

Psychotherapiepraxis Matuschek | Hussenstr. 9 | 78462 Konstanz

Hussenstr. 9 | 78462 Konstanz

Tel.: 07531/ 8910086

www.konstanz-psychotherapeut.de

Kooperationspraxis des IVS-Nürnberg

Konstanz, den 01.08.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich über Ihr Interesse an einer Psychotherapie. Sicher interessieren Sie die nächsten Schritte auf dem Weg zu Ihrer Behandlung:

1. Noch nicht sicher, ob Sie bei mir richtig sind? Weitere Informationen zu einer Psychotherapie in dieser Praxis finden Sie auf der o.g. Webseite bzw. telefonisch während der dort angegebenen Sprechzeiten.
2. Um Ihre Behandlung optimal vorzubereiten, senden Sie den Anmeldebogen mit Behandlungsvertrag (obligat) und den Anamnesebogen (optional) an die o.g. Adresse.
3. Gerne können Sie Berichte relevanter früherer Behandlungen beifügen. Alternativ können Sie mir eine Schweigepflichtsentbindung erteilen, sodass ich die Informationen einholen darf.
4. Ich melde mich sobald ich Ihnen ein Therapieangebot machen kann.

mit freundlichen Grüßen


Jonas Matuschek (M.Sc.)
Psychologischer Psychotherapeut

Kontoverbindung

Deutsche Apotheker und Ärztebank
IBAN DE94300606010029915303
BIC DAAEED33XXX

Kassenärztlich zugelassener Psychotherapeut in Einzelpraxis

LANR: 561177268
BSNR: 586908900
HBSNR: 586908900



Anmeldebogen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Telefon (Festnetz) _____ Mobiltelefon _____ Email-Adresse _____

Anschrift _____

Nationalität _____ Sprachen _____ Geschlecht _____

Folgende **Zeitfenster** für Therapiesitzungen (50 Min.) sind mir regelmäßig möglich

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00 – 12:00					
13:00 – 16:00					

Krankenkasse _____

Hausarzt _____ Adresse _____

Ich wurde auf die Praxis **aufmerksam** durch, z.B. ☐ Arzt, ☐ Internet

In den **letzten 2 Jahren** war ich in ambulanter Psychotherapie ☐ nein ☐ ja, bei
_____ von _____ bis _____

Ich bin **aktuell in ärztlicher Behandlung** (alle Behandlungsmaßnahmen):

Ich nehme **Medikamente** ☐ nein

☐ regelmäßig _____

☐ unregelmäßig _____



Behandlungsvertrag mit Willenserklärungen und Rechten

1. Die Behandlung des/der Patienten/in findet durch den Psychologischen Psychotherapeuten Jonas Matuschek in den Räumen der Psychotherapiepraxis Matuschek (Hussenstraße 9, 78462 Konstanz) oder digital statt.
2. Therapeuten unterliegen der **Schweigepflicht** gemäß Musterberufsordnung §8. Auskunft über Sie gegenüber Dritten erteilen oder holen ich nur ein im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen oder mit Ihrem ausdrücklichen, schriftlichen Einverständnis. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060113_musterberufsordnung.pdf
3. Zur Sicherung einer hohen Therapie-Qualität (vgl. Musterberufsordnung §16) spreche ich evtl. mit erfahrenen Psychotherapeuten anonymisiert über die Therapie. Dies nennt sich **Intervision/Qualitätszirkel**. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.
4. Ich benötige in jedem Behandlungsquartal Ihre **gültige Versichertenkarte**. Ohne gültigen Versicherungsschutz müssen Sie das Honorar für die in Anspruch genommenen psychotherapeutischen Leistungen selbst zahlen. Das Honorar wird Ihnen entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung (EBM) der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellt.
5. Vereinbarte **Termine sind verbindlich**, da ich die Zeit für Sie reserviere & Krankenkassen nur erbrachte Leistungen vergüten. Kann ein Termin nicht eingehalten werden, muss eine Absage spätestens 24 Stunden vorher erfolgen. Unterbleibt die Absage oder erfolgt sie kurzfristiger, ist ein Ausfall- / Bereitstellungshonorar in Höhe von 100€ von Ihnen zu entrichten. Dabei kommt es auch juristisch nicht auf die Gründe der Verhinderung (z.B. plötzliche Krankheit, Unfall, etc.) an. Zur Einhaltung der Frist sind Absagen rund um die Uhr auf dem Anrufbeantworter (07531/8910086) möglich.
6. Teilen Sie mir einen **Wechsel der Krankenkasse** rechtzeitig mit, damit ich die Fortsetzung der Kostenübernahme bei der neuen Krankenkasse sicherstellen kann. Sie haften für den möglichen Honorarausfall.
7. Psychotherapiesitzungen dauern **50 Minuten**. Die Zeit muss eingehalten werden, da für jede Sitzung Zeit zur Vor- und Nachbereitung sowie zur Dokumentation nötig ist.
8. Die **Dauer Ihrer Behandlung** hängen von der Zielsetzung sowie der Länge & Schwere der Symptomatik ab und liegt oft zwischen 6-24 Monaten. In den ersten Sitzungen beantrage ich hierzu Sitzungskontingente, die von den gesetzlichen Krankenkassen bewilligt werden können.
9. Psychotherapeutische Behandlungen können **unerwünschte Wirkungen** haben. Hierzu zählen z.B. Intensivierung bestimmter Gefühle (z.B. Trauer), Veränderungen in Beziehungen, im Selbstkonzept und weitere. Unerwünschte Wirkungen sind – von außen betrachtet – mitunter nicht von gewünschten Therapiewirkungen zu unterscheiden. Informieren Sie mich über das Vorliegen unerwünschter Therapiewirkungen, damit ich das therapeutische Vorgehen anpassen kann.
10. Psychotherapie erfordert ihre **aktive Mitarbeit**, z.B. die Offenlegung emotionaler Zustände, die Information über relevante Gesundheitszustände (insbesondere Suizidalität), die Teilnahme an Übungen etc. Bitte informieren Sie mich über das Vorliegen von Einschränkungen in Ihrer Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, damit ich das therapeutische Vorgehen anpassen kann.
11. Sollte im Rahmen Ihrer Erkrankung erhebliche Risiken (z.B. akute Eigen- oder Fremdgefährdung) auftreten, werde ich **Maßnahme zu Ihrem Schutz** einleiten (z.B. Krise als Therapiethema, Erhöhung der Sitzungsfrequenz, ergänzende telefonische Kontakte, Krankenhauseinweisung), bei krankheitsbedingtem Fehlen von Selbstbestimmungsfähigkeit u. U. auch gegen Ihren erklärten Willen. Durch frühzeitige Offenlegung von Risiken Ihrerseits kann diesen Schwierigkeiten am besten begegnet werden.



Behandlungsvertrag mit Willenserklärungen und Rechten

Patienteninformation zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig und wird nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz gehandhabt. Nähere Informationen entnehmen Sie den folgenden *PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ*.

- ☐ Ich habe die *PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ* gelesen (S. 3 - 4).
- ☐ Ich bin mit der Erhebung, Nutzung & Speicherung meiner Daten - auch in elektronischer Form - für den Zweck meiner Behandlung einverstanden.

Willenserklärung zur Übermittlung Ihrer Daten an den Hausarzt

ich bin gem. §73 Abs. 1b SGB V verpflichtet, Ihrem Hausarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichtsentbindung Ihrerseits, sondern es besteht für mich eine gesetzliche Offenbarungspflicht. Sie können mich von dieser Offenbarungspflicht entbinden, falls dies Ihr Wunsch ist. Diese Wahl gilt bis zum jederzeit möglichen Widerruf. Selbstverständlich kann nach Absprache mit mir zwischen den behandelnden Ärzten / Therapeuten kommuniziert werden, soweit es für die Behandlung erforderlich ist. vgl.: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_73.html

- ☐ Ich wünsche *KEINE* quartalsweise Übermittlung eines Berichtes.
- ☐ Ich habe keinen Hausarzt.
- ☐ Ich bitte um die quartalsweise Übermittlung eines Berichtes an den o.g. Hausarzt. Im Falle einer Psychotherapie wird nicht quartalsweise, sondern am Anfang, jährlich und am Ende berichtet.
- ☐ Den Bericht soll(en) (darüber hinaus) erhalten _____

Willenserklärung über die Teilnahme an digitalen Dienstleistungen

Nehmen Sie Kontakt zu mir in der telefonischen Sprechstunde oder postalisch auf (für Terminvereinbarung, Anfragen) und verzichten auf E-Mail. Senden Sie insbesondere keine krankheitsrelevanten Informationen über Email. Dies gilt, da ein letztgültiger Schutz Ihrer Daten in digitalen Systemen nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht auszuschließen, dass Ihnen durch digitale Kommunikation mit mir (in Zukunft) Schäden entstehen, für die ich keine Haftung übernehme. Die folgende Entscheidung gilt bis Widerruf und kann jederzeit schriftlich geändert werden.

- ☐ Auch in Anbetracht o.g. Risiken wünsche ich Kommunikation per E-mail mit der o.g. Adresse. Dies erfolgt auf Therapeutenseite über einen Anbieter, der E-Mails über verschlüsselte Verbindungen überträgt und empfängt (TLS).
- ☐ Ich wünsche die Teilnahme an digitalen Therapiesitzungen. Dies erfolgt über einen speziell für Ärzte & Psychotherapeuten zertifizierten Anbieter von telemedizinischen Leistungen. Ich gewährleiste hierfür eine vertrauliche, störungsfreie Umgebung. Sitzungsaufzeichnungen sind nur unter beidseitigem Einverständnis erlaubt.
- ☐ Ich bin über Ablauf, Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt worden. Ich habe den „Behandlungsvertrag mit Willenserklärungen und Rechten“ zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit ihrem Inhalt einverstanden.

_____, den _____

Unterschrift Patient/in



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung in der psychotherapeutischen Praxis ist:

Jonas Matuschek, Hussenstr. 9, 78464 Konstanz, Tel.: 07531/ 8910086

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Sitzungsdokumentationen und Befunde, die ich oder andere Psychotherapeuten oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können mich auch andere Psychotherapeuten oder Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte/ Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Ich habe spezialisierte Dienstleister beauftragt, mich zu unterstützen, dazu zählen Softwareanbietern, insbesondere IT-Dienstleistungen der Firma „Psyprax GmbH“ im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Falls Sie eine Verlängerung dieser Frist wünschen, sind Sie dazu verpflichtet mir dies mitzuteilen.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit:

Dr. Stefan Brink, Anschrift: Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart oder: Königstrasse 10 a, 70173 Stuttgart. Telefon: 07 11/61 55 41-0, Telefax: 07 11/61 55 41-15, E-Mail: poststelle@lfd.bwl.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.

Jonas Matuschek
Jonas Matuschek
Psychologischer Psychotherapeut

Anamnesebogen



Kennzeichnen Sie **Unklares** mit?!, **sehr Bedeutsames** mit !!

Name: _____

Datum: _____

Ich bin seit _____
☐ ledig ☐ in Beziehung ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ noch nie in Beziehung ☐ wechselnde Beziehungen oder _____

Ich habe Kinder ☐ nein Geschlecht (m/w/d) & Alter _____

Ich wohne ☐ allein | mit ☐ Kind/ern ☐ Verwandten ☐ Partner:in ☐ Eltern oder _____

In einem/r ☐ Miet- ☐ Haus ☐ Wohnung ☐ Heim ☐ obdachlos ☐ WG oder _____

Schulabschluss __/__ ☐ kein ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Fachabitur ☐ Abitur oder _____

Ausbildung in _____ Abschluss _____ (JJ) Studium der _____ Abschluss _____ (JJ)

aktuell / zuletzt ausgeübte Tätigkeit _____

☐ angestellt zu _____ % ☐ Schule ☐ Studium ☐ Ausbildung ☐ selbständig ☐ arbeitssuchend ☐ Haushalt

☐ geringfügig ☐ mehrere Jobs ☐ beurlaubt ☐ Altersrente ☐ EU-Rente ☐ Krankengeld oder _____

☐ krankgeschrieben durch _____ ☐ beruf. Wiedereingliederung von _____ bis _____ ☐ Rente beantragt

Es ist ein ☐ Krankenhaus- ☐ Reha-Aufenthalt geplant von _____ bis _____ ☐ Grad der Behinderung _____ % ☐ beantragt

Wie viele der letzten 12 Monate waren Sie arbeitsfähig? ☐ alle ☐ 11 ☐ 9 - 10 ☐ 6 - 8 ☐ 1 - 5 ☐ weniger als 1

Aktueller Status besteht seit _____ (MM/JJ) Letzte Änderung aufgrund von _____

☐ Arbeitstätigkeit ☐ BAföG ☐ ALG ☐ Rente ☐ Unterhalt ☐ Partner ☐ Eltern oder _____

Schuldenlast ☐ keine ☐ gering ☐ mittel ☐ hohe durch _____

Einkommen ☐ gering ☐ mittel ☐ hoch ggfs. genauer _____

Aktuelle Medikation (für psychische Probleme + weitere) Dosis seit

Name _____

Name _____

Name _____

Frühere Medikation (für psychische Probleme) Dosis von → bis

Name _____

Name _____

Anmerkungen zu Medikation z.B. ☐ unregelmäßige Einnahme ☐ geringere Dosis oder _____

Ich erhalte Hilfen, z.B. ☐ Familienhilfe ☐ gesetzliche Betreuung oder _____

Aktuelle fachärztliche Behandlungen (z.B. Psychiater/Neurologe) _____

Frühere Behandlungen wegen psychischer Probleme oder Sucht ☐ keine

☐ Psychotherapie, ab _____ zuletzt __/20 _____ Facharzt für ☐ Psychiatrie ☐ Neurologie ☐ Psychosomatische Reha

☐ Suchtspezifische Behandlung ☐ Psychiatrische Klinik ☐ Psychosomatische Klinik ☐ Tagesklinik

Wo & _____

Wann _____

Diagnose(n) _____

Hilfreich war _____

Schwierig war _____

Ich suche eine Psychotherapie aufgrund dieser **Beschwerden/Probleme/Schwierigkeiten**

_____ Diese bestehen seit _____

Ich erlebe **Beeinträchtigungen** in den Lebensbereichen

Arbeit/ Leistung ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Freizeit ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Partnerschaft ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Familienleben ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Sexualität ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Freundschaften ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Finanzen ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Selbstbild ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

Körper/ Aussehen ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

mit dem Gesetz ☐ keine ☐ wenig ☐ deutlich ☐ stark

In diesen **Situationen** treten Probleme auf

Dies sind **Auslöser** für Beschwerden

☐ keine

Folgende größere **Veränderungen** gab es in den letzten zwei Jahren in meinem Leben

☐ keine

In den letzten 4 Wochen **habe ich** oder **fühle ich mich häufig**

<input type="checkbox"/> traurig	<input type="checkbox"/> verzweifelt	<input type="checkbox"/> schwermütig	<input type="checkbox"/> hoffnungslos	<input type="checkbox"/> niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> Weinen
<input type="checkbox"/> enttäuscht	<input type="checkbox"/> gereizt	<input type="checkbox"/> verärgert	<input type="checkbox"/> wütend	<input type="checkbox"/> feindselig	<input type="checkbox"/> aggressiv
<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> schreckhaft	<input type="checkbox"/> panisch	<input type="checkbox"/> Versagens-/
<input type="checkbox"/> einsam	<input type="checkbox"/> verlassen	<input type="checkbox"/> verletztlich	<input type="checkbox"/> schuldig	<input type="checkbox"/> hohe Ansprüche an mich	<input type="checkbox"/> Zukunftsängste
<input type="checkbox"/> freudlos	<input type="checkbox"/> gelangweilt	<input type="checkbox"/> innerlich Leer	<input type="checkbox"/> gefühllos	<input type="checkbox"/> schwankende Gefühle	<input type="checkbox"/> Kontrollverlust
<input type="checkbox"/> ungeliebt	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Scham	<input type="checkbox"/> misstrauisch	<input type="checkbox"/> unkontrollierte Ausbrüche	<input type="checkbox"/> heftige Gefühle
<input type="checkbox"/> antriebslos	<input type="checkbox"/> matt	<input type="checkbox"/> energielos	<input type="checkbox"/> ungeduldig	<input type="checkbox"/> mehr Energie	<input type="checkbox"/> hasserfüllt
<i>Probleme mit</i>	<input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Konzentration	<input type="checkbox"/> Kontakten	<input type="checkbox"/> Entscheidungen	<input type="checkbox"/> erinnern
<input type="checkbox"/> Grübeln	<input type="checkbox"/> Gedanken über den Tod	<input type="checkbox"/> Gedanken mir das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/> Versuch mir das Leben zu nehmen		

oder _____

Ich habe **körperliche Erkrankungen** oder **Beschwerden**

☐ keine

<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ __	<input type="checkbox"/> Blutdruck zu _____	<input type="checkbox"/> Augenflimmern	<input type="checkbox"/> Allergie _____
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Immunerkrankung	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis _____
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Hormonstörung (z.B. Schilddrüse)	<input type="checkbox"/> Krebs _____	
<input type="checkbox"/> Gehirnerkrankung/-verletzung _____	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Tumor	
<input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> Schweregefühl in den Beinen	<input type="checkbox"/> unruhige Beine	
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Nervosität	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> Herzklappen/-rasen	<input type="checkbox"/> Kurzatmig			
<i>Probleme mit</i>	<input type="checkbox"/> Appetit	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Übelkeit
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Würgegefühl		
<input type="checkbox"/> Urinieren	<input type="checkbox"/> häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Verdauung
<input type="checkbox"/> Schluckauf				
<i>Schmerzen an</i>	<input type="checkbox"/> Schultern	<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Kopf
<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Gelenke	<input type="checkbox"/> oder _____		

ggfs. genauer / weitere _____

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft

f = früher n = nein

Ich habe <input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden , für die Ärzte keine Ursache finden seit _____	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
Ich <input type="checkbox"/> fürchte öfters, eine schwere Krankheit zu haben oder zu bekommen	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
Aktuelles Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm Höchstes Gewicht _____ kg Wann? _____		
Ich versuche mein Gewicht unter _____ kg zu halten. Niedrigstes Gewicht ab dem 18. Lj. _____ kg Wann? _____		
Ich kontrollieren mein Gewicht durch <input type="checkbox"/> wenig Essen <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> viel Sport <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Abführmittel	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
oder _____		
Ich habe <input type="checkbox"/> große Angst davor zu dick zu sein / zu werden <input type="checkbox"/> mache mir große Sorgen um meine Figur/ Gewicht	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
Ich habe <input type="checkbox"/> Heißhungerphasen oder <input type="checkbox"/> Essanfälle , d.h. ich esse sehr viel in sehr kurzer Zeit	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
Ich gehe zu Bett um ~ ____:____ Uhr Ich stehe auf um ~ ____:____ Uhr Ich wache nachts ____ Mal auf, für je ~ ____ Minuten		
Ich habe Schwierigkeiten beim <input type="checkbox"/> Einschlafen <input type="checkbox"/> Durchschlafen <input type="checkbox"/> wache zu früh auf	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
Ich <input type="checkbox"/> bin nach dem Schlaf nicht erholt <input type="checkbox"/> bin tagsüber oft müde <input type="checkbox"/> schlafe mehr als gewohnt	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
Ich habe <input type="checkbox"/> plötzliche Anstürme intensiver Angst, zuletzt _____	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
Ich <input type="checkbox"/> fürchte <input type="checkbox"/> vermeide folgende Situationen/ Tätigkeiten : <input type="checkbox"/> Kaufhäuser <input type="checkbox"/> Autofahren <input type="checkbox"/> Menschenmengen	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
<input type="checkbox"/> enge geschlossene Räume oder _____		
Ich habe Angst in <input type="checkbox"/> sozialen Situationen <input type="checkbox"/> Leistungssituationen, weil ich <input type="checkbox"/> beobachtet <input type="checkbox"/> beurteilt werden	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
könnte, z.B. <input type="checkbox"/> Vorträge <input type="checkbox"/> Prüfungen <input type="checkbox"/> Parties oder _____		
Ich <input type="checkbox"/> fürchte <input type="checkbox"/> vermeide Dinge wie z.B. <input type="checkbox"/> Tiere <input type="checkbox"/> Höhen <input type="checkbox"/> Flugreisen <input type="checkbox"/> Anblick von Blut & Verletzungen	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> n
oder _____		

Ich habe ☐ häufig unangemessen starke **Sorgen**, z.B. über ☐ familiäre ☐ berufliche ☐ finanzielle Angelegenheiten ☐ f ☐ n
oder _____

Seit ☐ mind. 1 Woche fühle ich mich ☐ **ganz extrem hochgestimmt** ☐ reizbar ☐ f ☐ n

Seit ☐ mind. 4 Tagen bin ich über dem üblichen Niveau ☐ **besonders hochgestimmt** ☐ reizbar ☐ f ☐ n

Seit ☐ mind. 2 Wochen fühle ich mich ☐ **sehr depressiv** ☐ traurig ☐ hoffnungslos ☐ habe gar kein Interesse ☐ f ☐ n
selbst an angenehmen Dingen

Seit ☐ **mind. 2 Jahren** bin ich **die meiste Zeit** ☐ niedergeschlagen ☐ traurig ☐ f ☐ n

Ich habe Gedanken, Impulse, Vorstellungen mit ☐ unangenehmem ☐ unsinnigem Inhalt, die ☐ plötzlich oder ☐ f ☐ n
☐ immer wieder auftreten. Das löst ☐ Angst aus ☐ belastet mich.

Ich verspüre immer wieder einen ☐ **Drang zum Wiederholen** von Handlungen oder gedanklichen Vorgängen, z.B. ☐ f ☐ n
☐ Putzen ☐ Kontrollieren ☐ Waschen ☐ Beten ☐ Zählen ☐ Wörter _____

Ich nehme einen ☐ **Mangel an meinem körperlichen Erscheinungsbild** wahr. Daher beschäftige ich mich ☐ f ☐ n
☐ wiederholt mit dem/den betroffenen Körperbereich(en)

Ich erlebte oder musste mit ansehen ein ☐ extrem belastendes, lebensbedrohliches oder **traumatisches Ereignis**, wie z.B. ☐ n
eine Vergewaltigung, ein Unfall, andere Gewalttaten oder Naturkatastrophen. ☐ Danach ging es mir sehr schlecht.

Einer mir nahestehenden Person ist ein ☐ extrem belastendes oder **traumatisches Ereignis** widerfahren oder ist sie auf eine ☐ n
grausame Art fast oder tatsächlich ums Leben gekommen

Ich habe ☐ **mehrere** solcher belastender oder traumatischer Ereignisse erlebt ☐ n

Das belastende Ereignis hat stattgefunden ☐ innerhalb der letzten 4 Wochen ☐ Kindheit ☐ Jugend oder _____

Ich verspüre wiederholt einen ☐ **Drang, Impuls, Trieb oder Versuchung**, Handlungen auszuführen, die schädlich ☐ f ☐ n
für mich oder andere sein könnten z.B. ☐ Feuer legen ☐ Stehlen ☐ Kaufimpulse ☐ Selbstverletzung ☐ Haut kratzen
oder _____

Schon als Kind hatte ich ☐ Konzentrationsprobleme ☐ Schwierigkeiten ruhig zu sitzen ☐ Hausaufgaben zu bewältigen ☐ n

Es fällt mir schwer ☐ die letzten Feinheiten einer Arbeit zum Abschluss zu bringen ☐ Aufgaben zu organisieren ☐ f ☐ n
☐ mich an Termine oder Verabredungen zu erinnern

☐ Andere sagen mir oder ☐ Ich selbst habe den Eindruck, dass ☐ ich **Gefühle nicht erkenne** ☐ gefühlsarm wirke ☐ f ☐ n

Es frustriert mich sehr, ☐ wenn ich in **Routinen oder Abläufen unterbrochen** werde ☐ f ☐ n

Es hat schon eine Zeit gegeben, in der ich ☐ **eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen** gemacht haben, z.B. ☐ n
☐ Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkt haben
☐ Hören von Stimmen oder Gesprächen, wenn niemand in der Nähe gewesen ist
☐ Das Gefühl gehabt, dass etwas Eigenartiges um mich herum vorging
☐ dass Menschen Dinge taten, um mich zu testen oder mir zu schaden, sodass ich das Gefühl hatte, ständig aufpassen zu müssen
☐ Menschen hatten Schwierigkeiten, mich zu verstehen, weil meine Sprache durcheinander war oder keinen Sinn zu machen schien

Ich gebe Geld für **Glücksspiele** aus im ☐ Internet ☐ Casino ☐ Spielautomaten ☐ Poker ☐ Sportwetten ☐ f ☐ n

Ich rauche pro Tag _____ **Zigaretten**.

Alkohol trinke ich i.d.R. pro Woche an ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 Tagen & dann sind es meist ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5 ☐ >5 Gläser ☐ Bier ☐ Wein ☐ Schnaps oder _____

Ich trinke pro Tag _____ **koffeinhaltige Getränke** z.B. ☐ Kaffee ☐ Tee ☐ Energy-Drinks oder _____

Mein **Internetgebrauch** in der Freizeit beträgt pro Tag ☐ 0 ☐ 1 - 3 ☐ 4 - 6 ☐ >6 Stunden, davon _____ % Computerspiele

Ich habe schon mal **Drogen** genommen (z.B. Cannabis, Amphetamine, Beruhigungsmedikamente). ☐ nie ☐ ja

Welche? _____ von _____ bis _____ abstinent von _____ bis _____

Ich erlebe einen ☐ **Drang**, Alkohol oder _____ zu konsumieren ☐ f ☐ n

Nachdem ich Alkohol oder _____ konsumierte, ☐ verlor ich die **Kontrolle**, schadete ich ☐ mir ☐ anderen ☐ f ☐ n

Ich versuchte, den Konsum von Alkohol oder _____ ☐ einzuschränken ☐ zu beenden. ☐ f ☐ n

Frühe Entwicklung, Familie, Institutionen, Arbeit, Partnerschaft, Sexualität

Die Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> verlief normal	<input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Medikamente
	<input type="checkbox"/> schweres Erbrechen	<input type="checkbox"/> fieberhafte Erkrankung	oder _____		
Die Geburt	<input type="checkbox"/> verlief normal	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Spätgeburt	<input type="checkbox"/> Nabelschnur um den Hals	
	<input type="checkbox"/> Zangengeburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	oder _____		
Der erste Monat	<input type="checkbox"/> verlief normal	<input type="checkbox"/> auffällig blass / blau	<input type="checkbox"/> künstlich beatmet von _____ bis _____		
	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung von _____ bis _____ oder _____				
Die ersten 2 Jahre	<input type="checkbox"/> verliefen normal	<input type="checkbox"/> sehr unruhig	<input type="checkbox"/> Bewegungsarmut	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Fütterprobleme
	<input type="checkbox"/> häufiges Spucken	<input type="checkbox"/> häufiges Schreien	<input type="checkbox"/> Schlafprobleme oder _____		
Entwicklungsschritte	Freies Laufen ____ M. Sauber ____ M. 1. sinnvolles Wort ____ M. Kleine Sätze ____ M.				
Angaben zum Vater					
Geburtsjahr _____	Gesundheitszustand _____		Beruf _____		
verstorben am _____	Todesursache _____				
Die Beziehung zur Mutter ist/war von _____ bis _____ ggfs. weitere Beziehungen _____					
Seine Persönlichkeit & Eigenschaften					
<input type="checkbox"/> verständnisvoll	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> streng	<input type="checkbox"/> gutmütig	<input type="checkbox"/> fürsorglich	<input type="checkbox"/> zuverlässig
<input type="checkbox"/> nicht vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/> cholerisch	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> herablassend	<input type="checkbox"/> kränkend	<input type="checkbox"/> kalt
<input type="checkbox"/> leistungsorientiert	<input type="checkbox"/> gewalttätig	<input type="checkbox"/> gerecht	<input type="checkbox"/> einfühlsam	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> dominant
<input type="checkbox"/> unberechenbar	<input type="checkbox"/> nachgiebig	<input type="checkbox"/> penibel	<input type="checkbox"/> niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> konfliktsuchend	<input type="checkbox"/> aggressiv
<input type="checkbox"/> gut einschätzbar	<input type="checkbox"/> tolerant	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> überbeschützend	<input type="checkbox"/> moralisierend	<input type="checkbox"/> unterstützend
<input type="checkbox"/> konfliktvermeidend	<input type="checkbox"/> warmherzig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> alkoholabhängig	<input type="checkbox"/> ungerecht	<input type="checkbox"/> zwanghaft
<input type="checkbox"/> oder _____					
In Kindheit / Jugend hat er mich <input type="checkbox"/> getröstet <input type="checkbox"/> in den Arm genommen <input type="checkbox"/> gelobt <input type="checkbox"/> gekuschelt <input type="checkbox"/> Interesse an mir <input type="checkbox"/> Fehler verziehen					
<input type="checkbox"/> Grenzen respektiert <input type="checkbox"/> trotz Wut/Angst unterstützt <input type="checkbox"/> nach Streits vertragen. Unser Verhältnis war _____					
Ich hätte von ihm mehr _____ gebraucht					
Aktuell ist das Verhältnis _____					

Angaben zur Mutter

Geburtsjahr _____	Gesundheitszustand _____		Beruf _____		
verstorben am _____	Todesursache _____				
ggfs. weitere Beziehungen _____					
Ihre Persönlichkeit & Eigenschaften					
<input type="checkbox"/> verständnisvoll	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> streng	<input type="checkbox"/> gutmütig	<input type="checkbox"/> fürsorglich	<input type="checkbox"/> zuverlässig
<input type="checkbox"/> nicht vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/> cholerisch	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> herablassend	<input type="checkbox"/> kränkend	<input type="checkbox"/> kalt
<input type="checkbox"/> leistungsorientiert	<input type="checkbox"/> gewalttätig	<input type="checkbox"/> gerecht	<input type="checkbox"/> einfühlsam	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> dominant
<input type="checkbox"/> unberechenbar	<input type="checkbox"/> nachgiebig	<input type="checkbox"/> penibel	<input type="checkbox"/> niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> konfliktsuchend	<input type="checkbox"/> aggressiv
<input type="checkbox"/> gut einschätzbar	<input type="checkbox"/> tolerant	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> überbeschützend	<input type="checkbox"/> moralisierend	<input type="checkbox"/> unterstützend
<input type="checkbox"/> konfliktvermeidend	<input type="checkbox"/> warmherzig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> alkoholabhängig	<input type="checkbox"/> ungerecht	<input type="checkbox"/> zwanghaft
<input type="checkbox"/> oder _____					
In Kindheit / Jugend hat sie mich <input type="checkbox"/> getröstet <input type="checkbox"/> in den Arm genommen <input type="checkbox"/> gelobt <input type="checkbox"/> gekuschelt <input type="checkbox"/> Interesse an mir <input type="checkbox"/> Fehler verziehen					
<input type="checkbox"/> Grenzen respektiert <input type="checkbox"/> trotz Wut/Angst unterstützt <input type="checkbox"/> nach Streits vertragen. Unser Verhältnis war _____					
Ich hätte von ihr mehr _____ gebraucht					
Aktuell ist das Verhältnis _____					
Die Beziehung der Eltern war <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> konflikt-scheu <input type="checkbox"/> konfliktreich					
<input type="checkbox"/> harmonisch <input type="checkbox"/> ideal <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil <input type="checkbox"/> gewalttätig <input type="checkbox"/> gelangweilt <input type="checkbox"/> entfällt					

Frühe Entwicklung, Familie, Institutionen, Arbeit, Partnerschaft, Sexualität

ggfs. genauer _____

ggfs.: Ich erlebte die Trennung als _____

Ich **verstand mich besser** mit ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beiden gut ☐ beiden schlecht ☐ entfällt

Ich **wuchs auf** bei ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beiden oder _____

Es gab in meiner Kindheit **weitere wichtige Bezugspersonen** ☐ keine

Wohnbedingungen in der Kindheit z.B. ☐ Haus ☐ Wohnung ☐ Süd- ☐ West- ☐ Ost- ☐ Nord-Deutschland ☐ andere Kultur/Land
☐ ländlich ☐ Stadt ☐ gefährlicher Stadtteil ☐ eigenes ☐ geteiltes Zimmer ☐ sozial isoliert ☐ gut eingebunden ☐ viele Umzüge

ggfs. genauer _____

Meine Eltern erzogen mich ☐ nicht religiös ☐ etwas religiös ☐ sehr religiös ☐ in einer Sekte

Die **religiöse Erziehung** erlebte ich als _____

Ich wurde von meinen Eltern **bestraft** (Methode, Häufigkeit, Vorhersehbarkeit) _____

Belastungen: Ich ☐ war ein unerwünschtes Kind ☐ wurde vernachlässigt ☐ wurde überbehütet ☐ war viel krank
☐ fühlte mich unverstanden ☐ bekam zu wenig erlaubt ☐ war ggü. Meinen Geschwistern benachteiligt
☐ erlebte sexuelle Übergriff/e ☐ wurde viel geschlagen ☐ hatte Angst um die Beziehung meiner Eltern
oder _____

Ich fühlte mich von meinen Eltern eingeschränkt ☐ nein ☐ ja, durch _____

Meine Mutter hatte Fehl- oder Totgeburten ☐ nein ☐ ja ☐ weiß ich nicht

Ich habe ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ __ Geschwister & bin das ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ __ in der Geschwisterreihe

Vorname	Geschlecht	Alter	Adoptiv/Halb/Stief/ Geschwister/ Zwilling	Beruf	Beziehung	
					früher	heute
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____ J.	_____	_____	++ + 0 - --	++ + 0 - --
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____ J.	_____	_____	++ + 0 - --	++ + 0 - --
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____ J.	_____	_____	++ + 0 - --	++ + 0 - --
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____ J.	_____	_____	++ + 0 - --	++ + 0 - --
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____ J.	_____	_____	++ + 0 - --	++ + 0 - --

Ergänzungen zur Geschwisterbeziehung **früher** _____

Ergänzungen zur Geschwisterbeziehung **heute** _____

Eine **angenehme** Erinnerung an die Kindheit _____

Eine **unangenehme** Erinnerung an die Kindheit _____

Im Vergleich zu Gleichaltrigen musste ich **verzichten** auf _____

Meine Rolle in der Familie, z.B. ☐ Rebell:in ☐ Verantwortliche:r ☐ Sorgenkind oder _____

Ich zog mit _____ (JJ) aus dem Elternhaus aus. Ich erlebte den **Ablösungsprozess** als _____

Ein Mitglied meiner Familie hat(te) **psychische Probleme**

☐ Gv ms ☐ Gm ms ☐ Gv vs ☐ Gm vs ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Bruder ☐ Schwester oder _____

☐ Angst ☐ Depression ☐ Psychose ☐ Alkohol oder _____

Ein Mitglied meiner Familie/Freund ☐ starb ☐ nahm sich das Leben _____

In meiner Familie waren folgende **Gefühle nicht akzeptiert oder wurden kaum gezeigt** ☐ Alle waren ok

Frühe Entwicklung, Familie, Institutionen, Arbeit, Partnerschaft, Sexualität

☐ Trauer ☐ Angst ☐ Ekel ☐ Scham ☐ Liebe ☐ Schuld ☐ Ärger ☐ Wut ☐ Freude ☐ Zuneigung ☐ Stolz

oder _____ Wenn das Gefühl doch auftrat _____

Um mit **schwierigen Situationen zurechtzukommen** habe ich als Kind versucht

☐ Liebling von allen sein ☐ nicht auffallen ☐ nicht klagen ☐ brav sein ☐ Beste:r sein ☐ nichts anmerken lassen
☐ hohe Leistung bringen ☐ perfekt sein ☐ allen helfen ☐ stark sein ☐ versucht aufzufallen ☐ keine Fehler machen
☐ Sonnenschein sein oder _____

In Kindheit & Jugend hatte ich psychische **Symptome**

☐ keine

☐ Alpträume ☐ Nägelkauen ☐ Stottern ☐ Schlafwandeln ☐ Ängste ☐ Einsamkeit ☐ Schüchternheit ☐ depressiv
☐ ins Bett machen ☐ Daumenlutschen oder _____ von _____ bis _____

Zusammenfassend ist meine Kindheit ☐ sehr glücklich ☐ glücklich ☐ normal ☐ unglücklich ☐ sehr unglücklich

Kindergarten, Schule, Vereine, Ärzte

Ich ging von _____ bis _____ in den **Kindergarten**. ☐ Es gab belastende Erfahrungen _____

Einschulung _____ (JJ) spätere Einschulung wegen _____ Schulaustritt _____ (JJ)

Klasse _____ wiederholt Klasse _____ übersprungen längere Fehlzeiten wegen _____

Unterbrechung von _____ bis _____ wegen _____ Schulwechsel in Klasse _____ wegen _____

Schulabbruch wegen _____

Der **Schulbesuch** ist/war ☐ regelmäßig ☐ oft verspätet ☐ häufig geschwänzt

Die **Schulleistungen** sind/ waren meist ☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft

Stärken in den Fächern _____

Schwächen in den Fächern _____

Hausaufgaben werden/wurden ☐ alleine ☐ mit Hilfe z.B. _____ bewältigt ~Dauer _____ Min.

Verhaltensauffälligkeiten in der Schule ☐ gab/gibt es nicht ☐ mit Bezug auf _____

Typische **Probleme** _____

Die Eltern sind/waren mit **Schulleistungen** ☐ zufrieden + Lob ☐ neutral ☐ gleichgültig ☐ unzufrieden ☐ strafend

ggfs. genauer _____

Meine **soziale Rolle** ist/war am ehesten ☐ Außenseiter:in ☐ Rebell:in ☐ Anführer:in oder _____

Ich hatte **feste Freundschaften** ☐ in der Kindheit ☐ in der Jugend ☐ nein wie viele? _____

ggfs. genauer _____

Ich bin/war Mitglied in **Jugendgruppen** oder **Vereinen** ☐ keine

Ich wurde **gehänselt/gemobbt** ☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben _____

_____ von _____ bis _____

Ich ☐ hatte Unfälle ☐ war im Krankenhaus wegen _____ von _____ bis _____

Ich **erkrankte häufig, länger oder schwer** an _____ Auswirkungen _____

Stationen nach der Schule (Militär-, Zivildienst, FSJ, Au Pair, längere Reise, berufsvorbereitendes Jahr, Ausbildung, Studium) vor Berufsstart

1. _____ von _____ bis _____

2. _____ von _____ bis _____

3. _____ von _____ bis _____

4. _____ von _____ bis _____

Ich sehe Zusammenhänge zwischen meiner Kindheit/Jugend und den heutigen Problemen ☐ keine

Aktuelle oder letzte Arbeitsstelle

von _____ bis _____ Ich bin/war ☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

ggfs. genauer _____

Verhältnis zu Kolleg:innen ☐ freundschaftlich ☐ sachlich ☐ kollegial ☐ belastend ☐ intim oder _____

Verhältnis zu Vorgesetzten ☐ freundschaftlich ☐ sachlich ☐ kollegial ☐ belastend ☐ intim oder _____

Konflikte ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ öfter ☐ andauernd ☐ mild ☐ belastend ☐ intensiv

Frühe Entwicklung, Familie, Institutionen, Arbeit, Partnerschaft, Sexualität

☐ sachlich ☐ persönlich ggfs. genauer _____

Zeiten ☐ morgens ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts ☐ unregelmäßig ☐ wechseln oft ☐ Wochenende

Aufgaben ☐ zu viele ☐ genau richtig ☐ zu wenig ☐ langweilig ☐ überfordert oder _____

Urlaub Anspruch pro Jahr _____ Tage Genommen im letzten Jahr _____ Tage Überstundenregel _____

Fahrzeit zur Arbeit _____ während der Arbeit _____ nach Hause _____ Tage in Dienstreisen pro Jahr _____

Karriere ☐ angemessen ☐ bei Beförderungen übergangen ☐ Benachteiligungen ☐ Übergriffe ☐ viele Stellenwechsel

ggfs. genauer _____

Berufliche Stationen

1. _____ von _____ bis _____

2. _____ von _____ bis _____

3. _____ von _____ bis _____

4. _____ von _____ bis _____

Partnerschaft

seit _____ verheiratet seit _____ Geschlecht ☐ m ☐ w oder _____ Alter _____ Beruf _____

Die **Qualität** der Partnerschaft ist ☐ sehr gut ☐ gut ☐ durchschnittlich ☐ schlecht ☐ sehr schlecht

Positiv in der Partnerschaft ist _____

Belastend in der Partnerschaft ist _____

Mein:e Partner:in geht mit den **psychischen Schwierigkeiten** so um _____

Konfliktthemen sind _____

Ich hatte insgesamt ____ Partnerschaften. Trennungen erfolgten aufgrund von _____

Sexualität

Sexuelle Orientierung & Identität _____

Haltung der Eltern zu Sexualität _____

Erste sexuelle Erfahrung mit _____ Jahren Erster Geschlechtsverkehr _____ (JJ) erlebte ich als ☐ angenehm ☐ unangenehm

Prägende sexuelle Erfahrungen _____

Sexualität ist zur Zeit **belastend** für mich ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark ☐ sehr stark

Die Belastungen ☐ bestehen lebenslang ☐ traten nach einer bestimmten Erfahrung auf

Die Belastungen bestehen vor allem bei ☐ mir ☐ uns beiden ☐ meinem/r Partner:in

☐ Unfähigkeit, eine zufriedenstellende Erregung zu erlangen/aufrecht zu halten ☐ unerwünschter vorzeitiger Samenerguss

☐ extreme Abneigung oder ☐ Vermeiden von Geschlechtskontakt ☐ genitale Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

☐ Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus nach sexueller Erregung ☐ Verlust sexueller Phantasien/Verlangen

ggfs. genauer zu Sexualität (z.B. Pornographie, One Night Stands, ungeschützter Geschlechtsverkehr, BDSM, Kinks, Übergriff)

Kinder

Ich hatte bzw. in meiner Beziehung gab es ☐ Abtreibung/en ☐ Fehl-/Totgeburten ☐ unerfüllter Kinderwunsch oder _____

In meinem Haushalt leben insgesamt ____ Kinder, davon wurden ____ von meiner/m Partner:in eingebracht

Das Verhältnis zu den Kindern ist ☐ gut mit _____

☐ durchschnittlich mit _____

☐ schlecht mit _____

Konfliktthemen sind _____

Bekannte und Freude

Ich habe ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 7+ **Bekannte** & ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 7+ **Freude**

Mit Freunden und Bekannten treffe ich mich pro Monat ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 9+ Mal.

Wenn wir uns treffen bin ich danach ☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

ggfs. genauer _____

Aktuelle Wohnbedingungen

☐ ländlich ☐ Stadt ☐ schön eingerichtet ☐ unordentlich ☐ beengt oder _____

Selbstbeschreibung

Ich würde mich beschreiben als ...

- | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> intelligent | <input type="checkbox"/> hilfsbereit | <input type="checkbox"/> leicht zu verunsichern | <input type="checkbox"/> wertlos | <input type="checkbox"/> gesellig | <input type="checkbox"/> meistens zufrieden |
| <input type="checkbox"/> einsam | <input type="checkbox"/> gutmütig | <input type="checkbox"/> viele Spezialinteressen | <input type="checkbox"/> moralisch | <input type="checkbox"/> ungeduldig | <input type="checkbox"/> brauche Routinen |
| <input type="checkbox"/> aufrichtig | <input type="checkbox"/> überlegt | <input type="checkbox"/> nach innen gekehrt | <input type="checkbox"/> viel beschäftigt | <input type="checkbox"/> zuverlässig | <input type="checkbox"/> impulsiv |
| <input type="checkbox"/> feindselig | <input type="checkbox"/> rücksichtsvoll | <input type="checkbox"/> zu nichts zu gebrauchen | <input type="checkbox"/> schüchtern | <input type="checkbox"/> ungeliebt | <input type="checkbox"/> zuversichtlich |
| <input type="checkbox"/> eifersüchtig | <input type="checkbox"/> nachsichtig | <input type="checkbox"/> beruflich erfolgreich | <input type="checkbox"/> ruhelos | <input type="checkbox"/> missverstanden | <input type="checkbox"/> oft schlecht gelaunt |
| <input type="checkbox"/> wenig attraktiv | <input type="checkbox"/> ängstlich | oder _____ | | | |

Mein:e beste:r Freund:in würde mich so beschreiben _____

Jemand, der mich nicht mag, würde mich so beschreiben _____

Meine größten Ängste ...

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Weiteres Wichtiges

So entspanne ich (Situationen/Aktivitäten)

Als positiv an der jetzigen Lebenssituation empfinden ich

Mein wichtigstes Ziel für die Therapie

In diese Richtung soll sich mein Verhalten ändern (z.B. mehr ..., weniger ...)

In diese Richtung sollen sich meine Gefühle ändern (z.B. mehr Freude, weniger ...)

In früheren Lebenskrisen hat geholfen

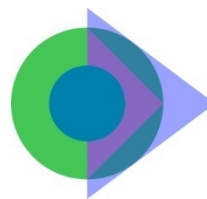
Meine Hobbys sind

Besonders gut kann ich

Ich bin stolz auf

Wenn ich weniger Angst hätte, "ich selbst" zu sein, ...

Wichtig & noch nicht erwähnt ist



Psychotherapiepraxis Matuschek | Hussenstr. 9 | 78462 Konstanz

An

Jonas Matuschek
Psychologischer Psychotherapeut

Hussenstr. 9 | 78462 Konstanz
Tel.: 07531/ 8910086
www.konstanz-psychotherapeut.de

Entbindung von der gegenseitigen ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit **entbinde ich**,

Name der Patientin / des Patienten: _____

Name der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend): _____

Geburtsdatum der Patientin / des Patienten: _____

Jonas Matuschek und

ambulanter oder stationärer Vor- oder Mitbehandler/ Betreuer/ Klinik

Anschrift: _____

Name des Behandlers: _____

von der **gegenseitigen** ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bewusst, dass meine Einwilligung freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Konstanz, der _____

Unterschrift Patient*in / Sorgeberechtigte*r

Kontoverbindung

Deutsche Apotheker und Ärztebank
IBAN DE94300606010029915303
BIC DAAEED33XXX

Kassenärztlich zugelassener Psychotherapeut in Einzelpraxis

LANR: 561177268
BSNR: 586908900
HBSNR: 586908900