



Persönlicher Fragebogen

Folgende Fragen werden vertraulich und nur intern den zuständigen Ärzt*innen sowie Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen zur Verfügung gestellt.

Nehmen Sie sich Zeit, um die Fragen in Ruhe und vollständig zu beantworten.

Meine Angaben:

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil-Nr.: _____

Email: _____

Beruf: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Arbeitsunfähigkeit: ja seit _____ nein

Rentenantrag gestellt: ja nein

Aufnahmewunsch in

- Traumagruppe
- Ärzt*innen- und Therapeut*innengruppe
- Mediengruppe
- Essstörungstherapiegruppe
- Post-Covid-Gruppe
- sonstige

1. Beschreiben Sie bitte, auf Grund welcher Beschwerden Sie die Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Kloster Dießen in Anspruch nehmen wollen?



2. Seit wann / wie oft treten diese Beschwerden auf?

3. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

- Ja, wann? _____
- Nein

4. Erläutern Sie bitte ausschlaggebende, wichtige Ereignisse im privaten sowie beruflichen Bereich.

Jahr	Ereignis

5. Inwiefern haben die Beschwerden Einfluss auf Sie und Ihr privates und berufliches Umfeld?

6. Was hat Ihnen bisher eine Verbesserung der Symptome erbracht?



7. Welche Ziele verfolgen Sie mit dieser Therapie?

- ❖ _____
- ❖ _____
- ❖ _____
- ❖ _____

8. Sind Sie bereits in einer stationären psychosomatischen oder psychiatrischen Behandlung gewesen, wenn ja welche?

9. Sind Sie in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

Ja

Name: _____

Adresse: _____

Therapieverfahren: _____

Anzahl bisheriger Therapiestunden: _____

Nein

10. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Medikament	Dosierung	seit wann
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



11. Sind Sie Raucherin/Raucher?

- Ja, Anzahl der Zigaretten _____
- Nein

12. Trinken sich zeitweise vermehrt oder regelmäßig Alkohol, oder machen sich Gedanken über den Gebrauch?

13. Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen zu sich, oder machen sich Gedanken über den Gebrauch?

14. Haben Sie wichtige körperliche Erkrankungen?

15. Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?

16. Liegt eine Gehbehinderung oder andere körperliche Einschränkungen vor? Sind Sie in Ihrer Selbstständigkeit, sowie im alltäglichen Leben behindert und benötigen fremde Hilfe? (z. B. Rollstuhl, Katheter etc.)

17. Haben Sie eine Hörbehinderung?

- Ja
- Nein



18. Freitext
