



## 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
- Behandlungseinheit FÜR Ärzt\*Innen und Therapeut\*Innen
- 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

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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---