PSYCHOSOMATISCHE KLINIK
Kloster Dießen

Persönlicher Fragebogen

Folgende Fragen, werden vertraulich und nur intern den zuständigen Ärzten, sowie Psychologen und Psychotherapeuten 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: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

---

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