****

**Fragebogen Psychologische Beratung**

Name: Datum:

1. Was ist der Grund Ihrer Konsultation?
2. Wie groß ist das Eigeninteresse an der Behandlung?
3. Wann traten die Beschwerden zu ersten Mal auf?
4. Gab es bestimmte Belastungen oder Ereignisse, die dazu geführt haben?
5. Welche Diagnostik und Untersuchungen wurden diesbezüglich schon durchgeführt?
6. Welche Behandlungen sind diesbezüglich bisher erfolgt?
7. Bei welchen Ärzten, Psychotherapeuten oder Fachdiensten sind Sie aktuell in Behandlung?
8. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?
9. Welche Behandlungen haben geholfen, welche nicht?
10. Gibt es noch weitere gesundheitliche Probleme wie z.B. chronische Erkrankungen, Berufserkrankungen, Unfälle, Operationen?
11. Für Frauen: Haben Sie gynäkologische Probleme?
12. Bitte beschreiben Sie in wenigen stichhaltigen Sätzen die Lebenssituation in Ihrer Kindheit und Jungend!
13. Wie waren damals die familiären Verhältnisse, wie das Verhältnis zu ihren Eltern und Geschwistern?
14. Gab es damals für Sie besonders belastende Lebensereignisse?
15. Gab es im Erwachsenenalter für Sie besonders belastende Lebensereignisse oder Umstände?
16. Welche Erklärungen haben Sie für sich gefunden, wodurch Ihre jetzigen Beschwerden entstanden sind?
17. Kennen Sie Ihre aktuellen Krankheitsdiagnosen? Bitte nennen Sie mir diese!
18. Wie können Sie nachts schlafen?
19. Wie ist Ihr Appetit?
20. Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert?
21. Stuhlgang?
22. Wasserlassen?
23. Gibt es weitere Beschwerden (z.B. häufiges Schwitzen, sexuelle Probleme)?
24. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?
25. Wie ist Ihre partnerschaftliche Situation (ledig, liiert, verheiratet, geschieden, verwitwet)?
26. Haben Sie Kinder? Wie viele? Wann sind sie geboren? Wer wohnt noch zu Hause?
27. Wie ist Ihre Wohnsituation?
28. Welche Unterstützungen gibt es in Ihrem sozialen Umfeld?
29. Welche Belastungen gibt es in Ihrem Umfeld?
30. Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation beschreiben?
31. Womit verbringen Sie Ihre Freizeit? Welche Hobbies oder Sportarten führen Sie aus? Sind Sie in einem Verein aktiv? Wie häufig?
32. Rauchen Sie?
33. Wie oft trinken Sie Alkohol?
34. Konsumieren Sie anderen Drogen?
35. Leiden Sie unter Streß?
36. Wie ist Ihre berufliche Situation? Sind Sie mit Ihrer Arbeitsplatzsituation zufrieden? Haben Sie Konflikte an Ihrem Arbeitsplatz?
37. Fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden in den folgenden Bereichen eingeschränkt:

Mobilität, Lernen und Anwendung Ihres Wissens, Kommunikation, Beziehungen, Bewältigung des Alltags?

1. Was ist Ihr Ziel?