



## Kurz-Fragebogen zur Symptomatik und Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, über das Anfangsgespräch hinaus einen Eindruck von Ihren Problemen und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln.

Therapieunterlagen und persönliche Informationen sind absolut vertraulich. Kein Außenstehender erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten“.

### 1. Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Datum: .....

Name: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Muttersprache: .....

Familienstand:

- ledig
- verheiratet, zusammen lebend seit ..... (Jahreszahl)
- verheiratet, getrennt lebend seit ..... (Jahreszahl)
- geschieden seit ..... (Jahreszahl)
- verwitwet seit ..... (Jahreszahl)
- wieder verheiratet seit ..... (Jahreszahl)

Partner-  
beziehung:

- alleinstehend
- zeitweilige Beziehung seit ..... (Jahreszahl)
- feste Beziehung seit ..... (Jahreszahl)

Aktuelle  
Wohnsituation:

- alleinlebend
- mit Eltern/ Elternteil
- mit Kind/Kindern
- mit Partner/ Partnerin
- mit Freunden/ Bekannten
- mit sonstigen Personen

### 2. Angaben zur Problematik

(a) Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Anliegen:



(b) Schildern Sie bitte kurz die Geschichte und die Entwicklung Ihrer Probleme (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute):

(c) Bitte schätzen Sie durch ein Kreuz auf der folgenden Skala ein, für wie schwer Sie Ihre Probleme halten:



(d) Vorbehandlungen?  ja  nein

Wenn ja: Wann? Wie lange? Wo?

### **3. Gesundheitliche Entwicklung**

(a) Gesundheitszustand (Krankheiten, Operationen, Unfälle):

(b) Ihre Körpergröße: ..... cm      Ihr Körpergewicht: ..... kg



#### **4. Schule/ Ausbildung/ Beruf**

- (a) Höchster erreichter Schulabschluss:  kein Abschluss  
 Sonderschulabschluss  
 Hauptschul-/ Volksschulabschluss  
 Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule  
 (Fach-)Abitur  
 Hochschulabschluss  
 anderer Schulabschluss
- (b) Erlerner Beruf: .....
- Derzeit ausgeübte Tätigkeit: .....
- Berufe, die Sie früher ausübten, bzw. Studienfächer und –orte in chronologischer Reihenfolge: .....
- .....
- .....
- .....

#### **5. Familie**

- (a) Vater: Geburtsjahr: ..... Beruf: .....
- Falls verstorben, Wann: .....
- (b) Mutter: Geburtsjahr: ..... Beruf: .....
- Falls verstorben, Wann: .....
- (c) Gibt es Familienangehörige, die an einer psychischen Störung (auch Suchtprobleme) oder schweren Krankheiten leiden?  ja  nein
- Falls ja: Welche Familienmitglieder? .....
- Welche Störungen/ Krankheiten? .....
- (d) Haben Sie Geschwister?
- Falls ja: Anzahl der Brüder: .....
- Anzahl der Schwestern: .....
- (e) Haben Sie Kinder?
- Falls ja: Anzahl der Kinder: .....