

Prof. Dr. med. Arno Deister
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Viktoriastr. 8
im MVZ am Prinzesshofpark
25524 Itzehoe

praxis.adeister@gmail.com

Biografischer Fragebogen

für Patientinnen und Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie haben sich in meine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gegeben.

Sie werden sicherlich verstehen, dass eine Behandlung umso erfolgreicher sein kann, je mehr Informationen über Ihre Beschwerden, die aktuelle Lebenssituation, psychische bzw. körperliche Vorerkrankungen und Ihre biografische Entwicklung vorliegen.

Alle diese Fragen möchte ich mit Ihnen in gemeinsamen Gesprächen klären.

Zur Vorbereitung dieser Gespräche möchte Sie hiermit bitten, den beiliegenden Fragebogensorgfältig und zutreffend auszufüllen.

Sicherlich werden nicht alle Fragen auf Ihre persönliche Situation zutreffen. Sollten Sie einige Fragen nicht beantworten können oder wollen, so machen Sie bitte einen entsprechenden Vermerk. Die von Ihnen gemachten Angaben werden in dem zu führenden Gespräch noch einmal gemeinsam angesprochen werden, so dass wir dann noch offene Fragen gemeinsam klären können.

Ich versichere Ihnen hiermit ausdrücklich, dass die von Ihnen gemachten Angaben streng vertraulich behandelt werden. Die hier gemachten Angaben werden lediglich im Rahmen der bei uns durchzuführenden Untersuchung bzw. Behandlung verwendet. Der Fragebogen wird Bestandteil der bei uns geführten Krankengeschichte, die der ärztlichen bzw. therapeutischen Schweigepflicht unterliegt. Darüber hinaus wird niemand von diesem Fragebogen und von den von Ihnen gemachten Angaben erfahren, ohne dass Sie dem ausdrücklich zustimmen.

Sollten Sie Rückfragen haben, so sprechen Sie mich bitte gerne jederzeit an.

Allgemeine Angaben

Vorname und Name: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Adresse: _____

Evtl. Telefon: _____

Aktueller bzw. zuletzt
ausgeübter Beruf: _____

Bitte geben Sie den Namen und (falls bekannt) die Adresse Ihrer Hausärztin / Ihres Hausarztes an:

Bitte geben Sie den Namen und die Adresse Ihrer Nervenärztin/ihres Nervenarztes an (falls vorhanden):

Bitte geben Sie den Namen und die Adresse Ihrer Psychotherapeutin / Ihres Psychotherapeuten an (falls vorhanden):

Angaben zur Lebenssituation

Familienstand:

ledig verlobt verheiratet getrennt geschieden fester Partner

Wo leben Sie bzw. lebten Sie zuletzt?

Haus/Wohnung Untermiete Wohnheim Wohngemeinschaft

Mit wem leben Sie zusammen bzw. lebten Sie zuletzt zusammen?

alleine Partner Kinder Eltern andere _____

Haben Sie Kinder ? ja nein

Wenn ja, bitte geben Sie Geschlecht und Alter an:

Angaben zu psychischen (seelischen) Beschwerden

Bitte geben Sie an, welche psychischen (seelischen) Beschwerden Sie aktuell haben?

Wann und in welcher Situation sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten ?

Wie häufig treten die Beschwerden auf ?

In welchen Situationen treten die Beschwerden besonders stark auf ?

Welche Folgen haben die Beschwerden für Sie ?

Hatten Sie früher einmal ernsthafte Beschwerden im psychischen Bereich über mehr als 3 Monate?

nein

ja, und zwar folgende:

Bisherige Krankenhausaufenthalte / ambulante Psychotherapien

Waren Sie schon einmal in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Klinik ?

- nein ich weiß es nicht ich möchte dazu keine Angaben machen
- ja

Geben Sie bitte das Jahr, den Namen und Ort der Klinik und die Dauer des stationären Aufenthaltes an:

	Jahr	Dauer	Name und Ort der Klinik
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Waren Sie schon einmal in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung in einer Arztpraxis oder bei einem Psychologen?

- nein ich weiß es nicht ich möchte dazu keine Angaben machen
- ja

Geben Sie bitte das Jahr, die Dauer, den Namen des Therapeuten und die Art der Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, etc.) an:

	Jahr	Dauer	Name des Therapeuten	Art der Behandlung
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____

Wissen Sie, welche Diagnosen bei Ihnen bisher gestellt wurden?

- nein ich möchte dazu keine Angaben machen
- ja, und zwar folgende:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein ?

- ich nehme keine Medikamente ein ich möchte dazu keine Angaben machen
 ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein

	Name	Dosierung
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

Welche Medikamente nehmen Sie gelegentlich ein ?

1. _____
 2. _____
 3. _____

Welche der folgenden Medikamente haben Sie **früher einmal für mindestens 3 Monate** eingenommen:

- Ich habe noch nie Medikamente über mindestens 3 Monate eingenommen
- Medikamente gegen Depressionen (Antidepressiva)
 Medikamente gegen psychotische Erkrankungen (Neuroleptika)
 Medikamente gegen Angst und Unruhe (z.B. Benzodiazepine)
 Lithium
 Schlafmittel
 Schmerzmittel
 Medikamente gegen Epilepsie
 Medikamente gegen Herzerkrankungen
 Medikamente gegen Asthma
 Medikamente gegen hohen Blutdruck
 Medikamente gegen Entzündungen (Antibiotika, Kortison o.ä.)
 Medikamente zur Blutverdünnung

Angaben zu früheren Erkrankungen bei Ihnen und Ihrer Familie

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft Ihrer Mutter oder bei Ihrer Geburt ?

Gab es Besonderheiten in Ihrer frühkindliche Entwicklung ?

- | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Störung des Wachstums | <input type="checkbox"/> verzögertes Laufenlernen |
| <input type="checkbox"/> verzögertes Erlernen der Sprache | <input type="checkbox"/> Lernstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kontaktstörungen zu anderen Kindern | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Litten Sie als Kind unter:

- Bettnässen Nägelbeißen Ängsten Phobien
- oder anderen Störungen: _____

Welche Krankheiten hatten Sie während der Kinder- und Jugendzeit (bis zum 18. LJ) ?

Welche Krankheiten hatten/haben Sie nach dem 18. Lebensjahr ?

Wurden Sie schon einmal operiert ? (Wenn ja, wann und welche Operation ?)

Welche wichtigen Erkrankungen hatte/hat Ihre Mutter (evtl. auch Angabe der Todesursache) ?

Welche wichtigen Erkrankungen hatte/hat Ihr Vater (evtl. auch Angabe der Todesursache) ?

Welche wichtigen Erkrankungen hatten/haben Ihre Geschwister (evtl. auch Angabe der Todesursache) ?

Familienanamnese

Welchen Beruf hatte/hat Ihr Vater: _____

Welchen Beruf hatte/hat Ihre Mutter: _____

Haben Sie Geschwister:

wenn ja: Wie viele Geschwister sind älter als Sie ?

1. weiblich männlich Alter: _____

2. weiblich männlich Alter: _____

3. weiblich männlich Alter: _____

Wie viele Geschwister sind jünger als Sie ?

1. weiblich männlich Alter: _____

2. weiblich männlich Alter: _____

3. weiblich männlich Alter: _____

Familiäre Belastungsfaktoren:

Gab es Probleme in der Beziehung der Eltern ? ja nein
- falls ja, welche ? _____

Haben sich Ihre Eltern vor Ihrem 16. Lebensjahr getrennt ? ja nein
- wenn ja, wie alt waren Sie ? _____

Haben Sie vor dem 16. Lebensjahr einen oder beide Eltern verloren ? ja nein
- wenn ja, wann und welchen der Eltern ? _____

Wo sind Sie bis zum 18. LJ vorwiegend aufgewachsen ?
 Eltern Großeltern Pflegeeltern Heim andere _____

Sind Sie in einen Kindergarten gegangen ? ja nein
- falls ja, wie lange ? _____

Relevante Lebensereignisse

Waren Sie in Ihrem Leben mit schwerwiegenden Problemen konfrontiert ?
Nennen Sie bitte die für Sie wichtigsten Ereignisse in Ihrem Leben:

Jahr Art des Ereignisses

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bemerkungen:

Schulbildung

Welche Schulen haben Sie wie lange besucht?

- Grundschule _____ Jahre
- Sonderschule _____ Jahre
- Hauptschule _____ Jahre / Abschluss nein ja / in welchem Jahr? _____
- Realschule _____ Jahre / Mittlere Reife nein ja / in welchem Jahr? _____
- Gymnasium _____ Jahre / Abitur nein ja / in welchem Jahr? _____
- Studium (Universität / Fachhochschule)
Studienfach _____ Abschluss nein ja / in welchem Jahr? _____

Leistungen in der Schule:

- überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

Wie viele Jahre wiederholt? keine Zahl _____

Fächer mit eher guten Leistungen:

Fächer mit eher schlechten Leistungen:

Gab es Lernschwächen in der Schulzeit?

- nein
- ja / welche? _____

Gab es Verhaltensprobleme in der Schulzeit?

- nein
- ja / welche? _____

Wie war Ihre (soziale) Stellung im Klassenverbund

- „eher führend“ „eher im Durchschnitt“ „eher Außenseiter“

Gab es Probleme im Verhältnis zu den Lehrern?

- nein
- ja / welche? _____

Bundeswehr / Zivildienst / Freiwilliges soziales Jahr

Waren Sie bei der Bundeswehr?

- nein
 ja / wo / von-bis _____

Haben Sie Zivildienst geleistet?

- nein
 ja / wo / von-bis _____

Haben Sie ein freiwilliges soziales Jahr absolviert?

- nein
 ja / wo / von-bis _____

Gab es dabei Probleme im Verhältnis zu Vorgesetzten?

- nein
 ja / welche? _____

Gab es dabei Probleme im Verhältnis zu Kollegen etc.?

- nein
 ja / welche? _____

Führerschein

Haben Sie einen (PKW-)Führerschein?

- nein ja / seit wann _____

Haben Sie „Punkte in Flensburg“

- nein ja / wie viele _____

Mussten Sie schon einmal den Führerschein abgeben:

- nein ja / wie lange _____

Berufsausbildung / Berufstätigkeit

Welche Berufsausbildung(en) haben Sie absolviert?

Art: _____ von _____ bis von _____
 Art: _____ bis von _____ bis _____
 Art: _____ von _____ bis von _____
 Art: _____ bis _____
 Art: _____

Welche Berufsabschlüsse haben Sie:

_____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____

Wo waren / sind Sie berufstätig?

Von _____ bis Von _____ Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
 bis Von _____ bis _____ Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
 Von _____ bis Von _____ Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
 bis Von _____ bis _____ Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
 Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
 Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____

Sind Sie irgendwann einmal gekündigt worden?

nein
 ja / Gründe? _____

Gab es Probleme im Verhältnis zu den Vorgesetzten?

nein
 ja / welche? _____

Gab es Probleme im Verhältnis zu den Kollegen?

nein
 ja / welche? _____

Freizeitverhalten

Wie verbringen Sie am liebsten Ihre Freizeit?

Haben Sie Hobbies ?

nein

ja / welche?

Üben Sie regelmäßig eine Sportart aus ?

nein

ja / welche?

Sind Sie in den letzten fünf Jahren (privat) verreist ?

nein

ja / wohin?

Haben Sie ein Haustier?

nein ja / welches _____

Spielen Sie ein Musikinstrument?

nein ja / welches _____

Partnerbeziehung

Leben Sie aktuell in einer festen Partnerbeziehung?

nein ja / mit wem _____ seit wann? _____

Haben Sie mit der jetzigen Partnerin / dem jetzigen Partner gemeinsame Kinder?

nein ja / wie viele _____

Bitte beschreiben Sie Ihre Partnerschaft:

- Warum sind Sie die Beziehung mit Ihrem Partner eingegangen ?

- Beschreiben Sie bitte die Persönlichkeit Ihres Partners:

- Welche Gemeinsamkeiten und Konflikte erleben Sie mit dem jetzigen Partner:

Was war ggf. an früheren Partnerschaften befriedigend oder unbefriedigend und warum?
Zeigt sich davon etwas in allen Partnerschaften wieder?

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Kindern?

Beziehung zu den Eltern und den Geschwistern

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Persönlichkeitszüge („Stärken und Schwächen“) Ihres Vaters:

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Merkmale der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Vater während Ihrer Kindheit und Jugend:

Wie gestaltet sich die Beziehung zum Vater heute ?

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Persönlichkeitszüge („Stärken und Schwächen“) Ihrer Mutter:

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Merkmale der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Mutter während Ihrer Kindheit und Jugend:

Wie gestaltet sich die Beziehung zur Mutter heute ?

Wurde in Ihrer Familie besonderer Wert auf bestimmte Weltanschauungen / religiöse Überzeugungen gelegt? Wenn ja, welche ?

Konnten oder können Sie sich mit den Werten, Normen, Anschauungen, Haltungen etc. Ihrer Eltern identifizieren, oder lehnen Sie diese ab ?

Haben Ihre Eltern den Ablösungsprozeß vom Elternhaus gefördert oder behindert ?

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Persönlichkeitszüge („Stärken und Schwächen“) Ihrer Geschwister:

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Merkmale der Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern während Ihrer Kindheit und Jugend:

Wie gestaltet sich die Beziehung zu den Geschwistern heute ?

Verhielten oder verhalten sich Ihre Eltern gegenüber Ihnen und Ihren Geschwistern gleich oder wurden bzw. werden einzelne Geschwister bevorzugt ?

Bitte beschreiben Sie das Verhältnis und das Verhalten der Eltern untereinander:

Wie verhielten sich die Eltern bei eigenen Streitereien ?

Wie beendeten die Eltern Streitereien untereinander ?

Wie verhielt es sich mit dem Austausch von Zärtlichkeiten in der Familie ?

Haben die Eltern mit Ihnen gekuschelt ?

ja nein

Haben die Eltern im Beisein von Familienmitgliedern gekuschelt ?

ja nein

Persönlichkeitseigenschaften

Versuchen Sie bitte, Ihre wichtigsten Persönlichkeitszüge („Stärken und Schwächen“) zu beschreiben !

Haben Sie Schwierigkeiten, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen oder aufrechtzuerhalten?

nein ja / welche:

Haben Sie Schwierigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse im Kontakt mit Ihren Mitmenschen auszudrücken und durchzusetzen ?

nein ja / welche:

Bitte nennen Sie die Gründe für Ihre Berufswahl !

Sind Sie mit Ihrem Beruf zufrieden ?

ja nein / was macht Sie unzufrieden?:

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden ?

ja nein / was macht Sie unzufrieden?

Haben Sie Freunde ?

ja nein

- Welche Bedeutung haben Freunde in Ihrem Leben ?

Haben Sie finanzielle Sorgen oder Probleme ?

ja nein

- wenn ja, beschreiben Sie bitte die Gründe für diese Sorgen und Probleme:

Leiden Sie aktuell unter belastenden ggf. immer wiederkehrenden Träumen ? ja nein

Welche Ihnen wichtigen Lebensziele haben Sie erreicht bzw. nicht erreicht ?

Wenn Sie wichtige Lebensziele nicht erreicht haben, schildern Sie bitte, warum Sie diese Ziele bisher nicht verwirklichen konnten.

Angenommen, Sie könnten ein völlig neues Leben beginnen, wo Sie möchten, wie Sie möchten, was Sie möchten, und mit wem Sie möchten - wie würde Ihr Leben aussehen ?

Welche Ihnen wichtigen zusätzlichen Angaben, die in diesem Fragebogen bisher noch nicht erfragt wurden, können Sie noch machen ?

Sexualität

Wenn Sie diese Fragen nicht beantworten wollen, so sprechen Sie den Untersucher bitte direkt an

Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

ja nein / womit sind Sie unzufrieden ?

Wissen Sie noch, wann und wie es zu den ersten sexuellen Kontakten kam?

Haben Sie besondere sexuelle Vorlieben oder Abneigungen?

Kreuzen Sie bitte an, inwieweit in den folgenden Bereichen bei Ihnen Probleme bestehen:

	Keine Probleme	Geringe Probleme	Deutliche Probleme	Schwere Probleme
Angst				
Appetit				
Kopfschmerzen				
Herzklopfen				
Alkohol				
Verdauung				
Anspannung, Gespanntheit				
Depression				
Freundschaftliche Beziehungen				
Partnerschaft				
Arbeitsstelle				
Finanzielle Situation				
Schwindelgefühle				
Müdigkeit				
Medikamenteneinnahme				
Konfliktsituationen				
Suizidgedanken				
Sexualität				
Drogeneinnahme				
Schlaf				
Zittern				
Konzentrationsfähigkeit				
Schwitzen				
Minderwertigkeitsgefühle				
Einsamkeit				
Entscheidungen treffen				
Freude empfinden				
Energie, Schwung				
Gefühle empfinden				
Gefühle ausdrücken				