

Psychiatrischer Patientenfragebogen

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Wohnort _____
Anzahl der Kinder _____

Wie können wir Sie erreichen?

Festnetz Nein Ja Telefonnummer _____
Handy Nein Ja Telefonnummer _____
E-Mail Nein Ja* E-Mail Adresse _____

* Ich bin mit der Kommunikation über die angegebene E-Mail Adresse einverstanden. Mir ist bewusst, dass die mir zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können und übernehme für möglichen Datenmissbrauch die Verantwortung.

Familienstand _____ bzw. derzeit bestehende Partnerschaft Ja Nein

Schulabschluss _____ **Erlerner Beruf** _____

z. Zt. ausgeübter Beruf _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

Adresse der
Krankenkassen-Zweigstelle _____

Falls Sie PRIVAT versichert sind:

Wurde ein besonderer Gebührensatz mit Ihrer Kasse vereinbart?

Nein Ja Wenn ja, welcher Satz? _____

Ggfs. mitversichert bei:

Name _____ **Vorname** _____

Geburtsdatum _____

Wie sind Sie auf unser CoMedicum aufmerksam geworden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine (Google etc.) | <input type="checkbox"/> Medien (z.B. Zeitungsartikel) |
| <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Arzt |
| <input type="checkbox"/> Klinikbewertungen | <input type="checkbox"/> Broschüre, Flyer |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung (durch Familie, Freunde, Bekannte) | <input type="checkbox"/> Doctolib |
| <input type="checkbox"/> Andere medizinische Einrichtung: _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Wer hat Sie an uns überwiesen? (Name, Adresse, Fachrichtung)

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse)

Waren Sie in den letzten 2 Jahren in ambulanter Psychotherapie / Verhaltenstherapie?

Nein Ja Wenn ja, Name, Adresse des Therapeuten _____

Zeitraum der Therapie von _____ bis _____

Hatten Sie frühere psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungen (ambulant bzw. stationär)?

Liebe Patientin, lieber Patient,

um adäquat auf Ihre gesundheitlichen Beschwerden eingehen zu können, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen weitgehend zu beantworten.

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

1. Anlass meines Kommens sind folgende Beschwerden:

2. Fragen zu bisherigen Erkrankungen:

a) Hatten Sie Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte im Kindesalter?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____
 Wann? _____ Alter? _____
Wenn ja, welche? _____
 Wann? _____ Alter? _____

b) Hatten Sie Unfälle, Operationen?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____ Wann? _____
 Wenn ja, welche? _____ Wann? _____
 Wenn ja, welche? _____ Wann? _____

c) Wurden Sie in den letzten 2 Jahren wegen psychosomatischer oder psychischer Beschwerden krankgeschrieben?

von _____ bis _____ wegen _____
 von _____ bis _____ wegen _____

d) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen körperlicher Beschwerden krankgeschrieben?

ca. _____ Tage oder _____ Monate

e) Hatten Sie Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Jahren?

Wann?	Wegen?	Wo?	Wie lange?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

f) Sonstige Erkrankungen?

(z.B. Gelbsucht, Lungenentzündung, andere Infektionskrankheiten, Diabetes, Rheuma, Blasen-, Blut-, Darm-, Herz-, Knochen-, Kreislauf-, Magen-, Nerven-, Nierenerkrankungen)

Nein Ja Wenn ja, welche? _____
 Wenn ja, welche? _____
 Wenn ja, welche? _____

3. Ihr jetziger Gesundheitszustand:

Viele der nachfolgenden Aspekte können unerkannt auf Ihren Gesundheitszustand Einfluss nehmen oder Folge einer Krankheit sein. Beispiele für mögliche Zustandsbeschreibungen werden angeboten.

Bitte Zutreffendes ausfüllen:

Meine Blutdruckwerte sind meist: zu niedrig normal zu hoch

Körpergröße: _____ cm **Körpergewicht:** _____ kg

Erfolgten Impfungen?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____ Wann? _____
 Wenn ja, welche? _____ Wann? _____
 Wenn ja, welche? _____ Wann? _____

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|--|
| Atmung | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> in Ruhe erschwert | |
| Schlaf | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> nächtliches Aufwachen |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> einseitig | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> Dauerschmerz |
| Schweißbildung | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> vermehrt |
| Sexualfunktion | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> stark |

Vegetative Anamnese

- | | | | | | |
|---------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| Appetit | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> vermehrt | <input type="checkbox"/> vermindert | | |
| Durst | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> vermehrt | <input type="checkbox"/> vermindert | | |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | | |
| Gewicht | <input type="checkbox"/> konstant | <input type="checkbox"/> Zunahme | <input type="checkbox"/> Abnahme | | |
| Wasserlassen | <input type="checkbox"/> zu selten | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> zu häufig | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> öfters nachts |

Haben Sie Hautausschläge?

- Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Haben Sie häufiger Erkältungen?

- Nein Ja Wenn ja, wie oft pro Jahr? _____

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja Wenn ja, gegen was? _____

Rauchen Sie regelmäßig?

- Nein Ja Wenn ja, wie viel? _____ Seit? _____

Trinken Sie Alkohol?

- Nein Ja Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie Kaffee / schwarzen Tee?

- Nein Ja Wenn ja, wie viel? _____

Nehmen Sie Abführmittel?

- Nein Ja Wenn ja, welche? _____ Wie viel? _____

Nehmen Sie Schmerzmittel?

- Nein Ja Wenn ja, welche? _____ Tagesdosis? _____

Nehmen Sie Schlafmittel?

- Nein Ja Wenn ja, welche? _____ Tagesdosis? _____

Nehmen Sie Psychopharmaka?

- Nein Ja Wenn ja, welche? _____ Tagesdosis? _____

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein, welche Menge?

Nehmen Sie Drogen?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____ Wie viele pro Tag? _____

Nur für Patientinnen:

Wie sind Ihre Monatsblutungen (unregelmäßig, sehr schmerzhaft, bleiben aus)? _____

Erste Regelblutung im Alter von _____ Jahren.

Wie viele Schwangerschaften bestanden bisher? _____

Ergänzend möchten wir darauf hinweisen, dass sie bei somatischen Beschwerden unbedingt auch eine hausärztliche organische Abklärung durchführen lassen sollten.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mühe!
Ihr Praxisteam vom CoMedicum Rotkreuzplatz.

VDS90 – Symptomliste

Name: _____ Datum: _____

0 = nicht 1 = leicht 2 = mittel 3 = stark/schwacher ausgeprägt

In den letzten 7 Tagen ging es mir so/fühlte / reagierte / dachte ich so

1.	0 1 2 3	Ich habe das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden bzw. dass es Verschwörungen gegen mich gibt – oder dass über mich geredet wird.	
2.	0 1 2 3	Ich habe das Gefühl abgehört zu werden, z.B. mit Strahlen oder anderer Technik.	
3.	0 1 2 3	Radio – oder Fernsehsendungen oder anderes wird extra für mich gemacht, vielleicht, um mir auf diese Weise eine Botschaft zu übermitteln.	
4.	0 1 2 3	Ich bin anhaltend extrem eifersüchtig, ohne dass es nach Ansicht von Menschen, denen ich normaler Weise vertraue, einen beweisbaren Anhaltspunkt dafür gibt.	
5.	0 1 2 3	Ich höre Stimmen, obwohl niemand sichtbar ist (z. B. Stimmen, die mein Verhalten kommentieren, miteinander über mich sprechen, mir drohen, mir befehlen, etwas zu tun).	Sc
6.	0 1 2 3	Ich habe den Eindruck, dass mir meine Gedanken von außen entzogen werden oder sich ausbreiten oder laut werden.	
7.	0 1 2 3	Ich habe eine auffallend gute Stimmung wie kaum in meinem Leben, so dass es für meine Umwelt anstrengend ist.	
8.	0 1 2 3	Mir kommen ständig neue Gedanken/Ideen in dem Kopf, so dass ich kaum den einen Gedanken zu Ende denken kann.	
9.	0 1 2 3	Ich leiste oder kann so viel wie kaum ein anderer Mensch. Ich bin sehr bedeutend.	
10.	0 1 2 3	Ich fühle mich voller an Energie und Unternehmungsgest als zu meinen besten Zeiten, meine Energie ist grenzenlos.	Ma
11.	0 1 2 3	Ich bin pausenlos aktiv, fast ruhelos, springe dabei oft zum nächsten Vorhaben, bevor ich das alte beendet habe.	
12.	0 1 2 3	Ich vergesse viel mehr als früher. Ich habe große Gedächtnislücken. Mir fällt es extrem schwer, mich auch an wenige zurückliegende Geschehnisse zu erinnern.	Or
13.	0 1 2 3	Meine Konzentrationsfähigkeit hat deutlich nachgelassen.	
14.	0 1 2 3	Ich fühle mich bedrückt, traurig und niedergeschlagen.	
15.	0 1 2 3	Ich habe die Hoffnung verloren bzw. habe nur wenig Hoffnung.	
16.	0 1 2 3	Ich bin unwert, weniger wert als andere Menschen.	
17.	0 1 2 3	Mich erschöpfen Tätigkeiten des normalen Alltags viel schneller als früher.	
18.	0 1 2 3	Ich habe das Interesse an vielen Dingen verloren.	
19.	0 1 2 3	Ich mache mir wiederholt Vorwürfe, mich quälen diese Vorwürfe.	
20.	0 1 2 3	Ich habe das Gefühl, mich schuldig gemacht zu haben.	
21.	0 1 2 3	Ich fühle mich innerlich unruhig.	
22.	0 1 2 3	Mein Denken geht langsamer und schwerer voran als früher.	
23.	0 1 2 3	Ich habe Angst davor, was die Zukunft bringen wird bzw. dass ich alles nicht schaffen werde.	
24.	0 1 2 3	Meine Stimmung ist zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z.B. morgens oder abends).	
25.	0 1 2 3	Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen.	De
26.	0 1 2 3	Ich habe manchmal konkret vor, mir das Leben zu nehmen.	
27.	0 1 2 3	Ich habe plötzliche Angstattacken, unabhängig von einer spezifischen Situation, ist nicht vorhersehbar, unabhängig vom körperlicher oder psychischer Anstrengung oder vom bedrohlichen oder gefährlichen Situationen.	
28.	0 1 2 3	Ich habe Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind oder auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen.	
29.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor Reisen, die mich weit von zu Hause wegführen.	
30.	0 1 2 3	Ich habe Angst im engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme).	
31.	0 1 2 3	Ich habe Angst, im öffentlichen Situationen zu essen oder zu sprechen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.	
32.	0 1 2 3	Ich habe Angst, mich peinlich zu verhalten, mich lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden, zu erröten.	
33.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor bestimmten Tieren wie Hunde, Katzen, Pferde, Vögel, Insekten, Schlangen oder anderen, vor Naturgewalten wie Donner, blitz, Sturm, Wasser, vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen.	
34.	0 1 2 3	Ich habe Angst in einer ganz spezifischen Situation wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohe ausgesetzte Orte wie Balkon, Aussichtspunkt oder ähnlichem.	
35.	0 1 2 3	Ich habe Angst, dass ich die Kontrolle über mich verliere oder ohnmächtig werde oder verrückt werde.	An
36.	0 1 2 3	Ich vermeide so oft es geht Angstsituationen.	
37.	0 1 2 3	Ich fühle mich unwirklich, fremd, kein Mensch.	
38.	0 1 2 3	Mir erscheint die alltägliche Umwelt unwirklich, fremd, entfernt.	
39.	0 1 2 3	Ich bin misstrauisch, entdecke gegen mich gerichtete Äußerungen oder Handlungen schnell.	
40.	0 1 2 3	Ich habe zu Menschen und Ereignissen meist eine sehr geteilte Einstellung, ohne mich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können.	
41.	0 1 2 3	Ich habe ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer oder körperlicher Anstrengung.	
42.	0 1 2 3	Ich habe Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen).	
43.	0 1 2 3	Ich leide unter nächtlichen Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung bzw. leide unter Alpträumen.	
44.	0 1 2 3	Ich habe immer in der gleichen Reihenfolge ablaufende ritualhafte Reaktionsabläufe.	
45.	0 1 2 3	Ich habe Verhaltensstörungen, wie drangvoll-zwanghaftes Stehlen, Spielen, Zindeln, Haare anreißen, Kratzen, Ausquetschen der Talgdrüsen.	
46.	0 1 2 3	Ich mache unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können (motorischer Tic).	
47.	0 1 2 3	Ich habe Sprechstörungen in der Form vom Stottern oder Polten.	
48.	0 1 2 3	Ich reagiere gereizter, wütender, zorniger, sarkastischer als früher.	
49.	0 1 2 3	Ich kann Wut/Aggressionen nicht kontrollieren (aggressive Ausbrüche, Handgreiflichkeit).	Ag
50.	0 1 2 3	Ich verletze mich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst.	
51.	0 1 2 3	Ich suche weniger nach sexuellen Reizen, denke weniger an Sexualität, habe weniger Interesse am Geschlechtswerker.	Sx
52.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sex. Aktivität.	

53.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangsgedanken, zwanghaftes Grübeln – immer über die gleichen Dinge nachdenken müssen.	
54.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangsimpulse (unanständiges, aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun).	Zw
55.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangshandlungen (Ordnen, Waschen oder Putzen/Reinigen, Kontrollieren, als magisches Wiederholen/Zählen (nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z.B. damit nichts Schlimmes geschieht).	
56.	0 1 2 3	Ich trinke sehr oft oder regelmäßig mehr Alkohol oder über längere Zeit als beabsichtigt.	
57.	0 1 2 3	Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muss einfach trinken, kann nur sehr schwer mit dem Trinken aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe.	Al
58.	0 1 2 3	Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme vom Alkohol verbessern.	
59.	0 1 2 3	Ich nehme häufig oder regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Suchtmittel ein (Schmerz-, Schlaf-,Beruhigungsmittel, Anxiolytika, Cannabis, Haschisch, Marihuana, THC, Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien, Heroin, Morphin, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol, Kokain (Speedball, Crack, Freebase), Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Exstasy, PCP, Angel Dust, andere z.B. :Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide).	
60.	0 1 2 3	Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel ausgeliefert, muss es einfach nehmen, bin abhängig davon.	Su
61.	0 1 2 3	Wenn ich zu lange mein Suchtmittel nicht genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme des Suchtmittels verbessern.	
62.	0 1 2 3	Ich leide unter Gier nach Essen.	
63.	0 1 2 3	Ich faste so sehr, dass ich in den letzten acht Wochen 2 KG oder mehr abgenommen habe.	
64.	0 1 2 3	Ich leide unter Fressanfällen.	
65.	0 1 2 3	Ich führe häufig absichtlich Erbrechen herbei.	
66.	0 1 2 3	Ich habe streng kalorienarme Diät.	
67.	0 1 2 3	Ich sehe im Spiegel meinem Körper zu dick, obwohl ich nach Tabelle Untergewicht oder Idealgewicht habe.	
68.	0 1 2 3	Ich habe große Angst vor Gewichtszunahme.	Es
69.	0 1 2 3	Ich leide unter Gedankenkreisen um Essen.	
70.	0 1 2 3	Ich leide unter Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne oder andere).	Sm
71.	0 1 2 3	Ich leide unter chronischen oder häufigen Schmerzen in anderen Körperbereichen und nehmen Schmerzmittel.	
72.	0 1 2 3	Ich habe immer wieder körperliche Beschwerden, die mich sehr beeinträchtigen und beunruhigen, so dass ich häufig zum Arzt gehe, während bei medizinischen Untersuchungen keine bedeutsame Krankheit gefunden wird.	
73.	0 1 2 3	Ich leide unter Schweißausbrüche (heiß oder kalt) oder Mundtrockenheit oder Hitzewallungen.	
74.	0 1 2 3	Ich leide unter außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung.	
75.	0 1 2 3	Ich leide unter Hautbeschwerden wie Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen, empfindliche Haut, Farbänderungen, Kribbelgefühl, Taubheit der Haut.	
76.	0 1 2 3	Ich habe Herz-Kreislauf-Beschwerden wie verstärkte Herzschläge, Schmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend, spürbarem Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit.	
77.	0 1 2 3	Ich habe Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane wie Atemnot ohne körperliche Anstrengung, Erkältungserscheinungen ohne Erkältung, übermäßiges Atmen.	
78.	0 1 2 3	Ich habe Beschwerden im Magen-Darmbereich wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchweh, Blähungen, Völlegefühl, häufiger Stuhlgang, Durchfall, Speisenunverträglichkeit, Verstopfung, Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch, Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen.	
79.	0 1 2 3	Ich leide unter unangenehmen Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane, Schmerzen oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen, häufigem Harndrang.	
80.	0 1 2 3	Ich leide unter starken gynäkologischen Beschwerden wie starke Regelblutungen, schmerzhafte bzw. unregelmäßige Menstruation, Schmerz beim Geschlechtsverkehr, ungewöhnlicher oder verstärkter Vaginalausfluss).	
81.	0 1 2 3	Ich leide unter Knochen – oder Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit.	So
82.	0 1 2 3	Ich habe Muskelverspannungen oder Muskelschmerzen.	
83.	0 1 2 3	Ich leide unter Verminderung der Muskelkraft oder Lähmungen, für die keine organische Ursache gefunden werde.	
84.	0 1 2 3	Ich leide unter Störungen der Sinnesorgane (Sehvermögen, Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen).	
85.	0 1 2 3	Ich leide unter Verlust wichtiger Funktionen (Schluckbeschwerden, Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinnes, Taubheit, Verlust der Stimme, Flüsterstimme, Ohnmachtszuständen, psychogenen Krampfanfällen, Hamweghaltung).	
86.	0 1 2 3	Bei mir kommt es zu zielgerichtetem Weggehen, ohne dass ich mich später daran erinnern kann.	Di
87.	0 1 2 3	Es passiert mir, dass ich zu verschiedenen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten bin, die eventuell völlig andere Charaktere haben, evtl. auch andere Stimme und andere Art, sich zu bewegen haben.	
88.	0 1 2 3	Es geschieht immer wieder, dass ich Beschwerden habe, die mir große Angst vor einer schweren Krankheit machen, medizinische Untersuchungen machen lassen, Ärzte nichts finden und die Symptome allmählich wieder nachlassen.	
89.	0 1 2 3	Ich leide unter einem Schönheitsfehler, der mich sehr quält, obwohl andere das nicht bestätigen können.	
90.	0 1 2 3	Ich habe ein schreckliches Erlebnis hinter mir (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. ä.) und einige Zeit später begangen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschließende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die mich bis heute verfolgen.	

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!