

## Fragebogen zum Erstgespräch

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



## 1. Allgemeine Angaben

Beruf: \_\_\_\_\_

berufstätig/Vollzeit	berufstätig/Teilzeit	Hausfrau	arbeitslos
Ausbildung/Umschulung	Rentner/Pensionär	Sonstiges	

Schulabschluss:

ohne Hochschule	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
--------------------	-------------	------------	-----------

Arbeitsunfähigkeit (aktuell):

nein	ja, Dauer in Wochen: _____
------	----------------------------

Arbeitsunfähigkeit (letzte 12 Mon.):

nein	< 3 Monate	3–6 Monate	> 6 Monate
------	------------	------------	------------

Rentenantrag (gestellt oder geplant):

nein	ja
------	----

Schwerbehinderung:

nein	ja, GdB: _____
------	----------------

Familienstand:

ledig/Single	ledig/mit festem Partner	verheiratet	getrennt
geschieden	verwitwet		

Wohnsituation: Ich lebe mit folgenden Personen zusammen ...

---

Nationalität:

deutsch	andere: _____
---------	---------------

## 2. Medizinische Angaben

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm                      Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Körperliche Beschwerden/Erkrankungen:

---

Aktuelle Medikation und Dosierung:

---

Alkohol pro Woche: \_\_\_\_\_

Nikotin pro Tag: \_\_\_\_\_

Ggf. Drogen: \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten / Heilpraktiker (Name / Adresse):

\_\_\_\_\_

Frühere Psychotherapien (Zeitraum, Umfang, Name / Adresse):

\_\_\_\_\_

Wer hat Sie empfohlen? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

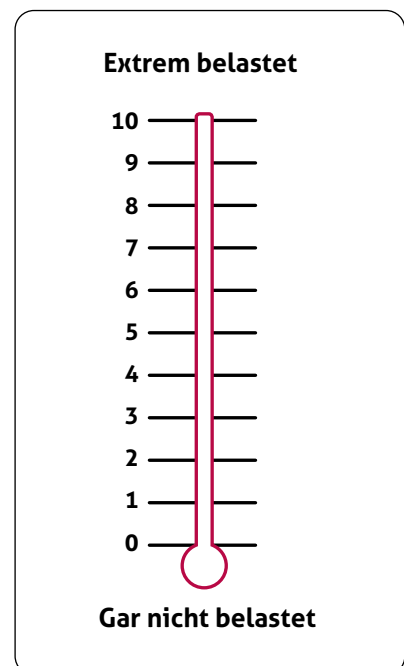
### 3. Gesamtbelastung

Bitte markieren Sie am Thermometer rechts die Zahl (0–10), die am besten beschreibt, wie psychisch belastet Sie sich insgesamt in der letzten Woche bis einschließlich heute gefühlt haben.

### 4. Erwartung an die Therapie

Bitte schildern Sie kurz Ihr Hauptanliegen an eine Psychotherapie

\_\_\_\_\_



## Screening Symptome

		Nein	Ja
PS	Erleben Sie plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass eine reale Gefahr vorliegt?		
AG	Haben Sie Angst vor bestimmten Situationen und Orten (oder vermeiden Sie diese), wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume?		
SP	Haben Sie Angst vor Situationen (oder vermeiden Sie diese), in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten, wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche?		
SPP	Haben Sie Angst vor bestimmten Dingen (oder vermeiden Sie diese), wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder den Anblick von Blut und Verletzungen?		
GAS	Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?		
PB	Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z.B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten oder Naturkatastrophen?		
ZS	Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Handlungen, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können bzw. die Sie immer wieder ausführen müssen?		
SDS	Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?		
DS	Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten?		
ME	Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie sich mindestens eine Woche lang ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?		
HYP	Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben?		
SOM	Hatten Sie bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr viele körperliche Probleme?		
SCH	Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate lang so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten?		
KS	Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden?		
AN/BN	Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht?		
AN	Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen?		
BN	Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen?		
AL	Nehmen Sie irgendetwas, um ihre Stimmung zu beeinflussen, wie z.B. Alkohol oder Medikamente oder auch illegale Drogen?		
PS	Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht, wie z.B. Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war?		
PS	Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben das Gefühl gehabt, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten?		
PS	Hatten Menschen schon einmal in Ihrem Leben Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte?		

## Screening Persönlichkeit

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, was für eine Person Sie im Allgemeinen sind, d.h. wie Sie sich in den vergangenen Jahren typischerweise gefühlt oder verhalten haben. Kreisen Sie „JA“ ein, wenn die Frage völlig oder größtenteils auf Sie zutrifft. Kreisen Sie „NEIN“ ein, sofern die Frage nicht auf Sie zutrifft.

		Nein	Ja
SU4	Haben Sie berufliche Tätigkeiten oder Aufgaben vermieden, bei denen man mit vielen Menschen zu tun hat?		
SU4	Vermeiden Sie es, sich mit anderen Menschen anzufreunden, es sei denn, Sie sind sich ganz sicher, dass diese Sie wirklich mögen?		
SU4	Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber „offen“ zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahestehen?		
SU4	Befürchten Sie oft, von anderen Menschen kritisiert oder abgelehnt zu werden?		
SU4	Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennenlernen?		
SU4	Glauben Sie, dass Sie nicht so gut, so klug oder so attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen?		
SU4	Haben Sie Angst davor, Dinge zu tun, die anspruchsvoll sind, oder neue Dinge auszuprobieren?		
DE5	Fällt es Ihnen ohne den Ratschlag oder die Bestätigung von anderen schwer, alltägliche Entscheidungen zu treffen, wie zum Beispiel was Sie anziehen oder was Sie in einem Restaurant bestellen?		
DE5	Sind Sie bei der Regelung wichtiger Lebensbereiche, wie zum Beispiel Geldangelegenheiten, Kindererziehung oder Wohnangelegenheiten von anderen Menschen abhängig?		
DE5	Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie denken, dass diese Unrecht haben?		
DE5	Fällt es Ihnen schwer, Unternehmungen allein zu beginnen oder Dinge allein zu tun?		
DE5	Ist es für Sie so wichtig, dass andere sich um Sie kümmern, dass Sie dazu bereit sind, unangenehme oder unangemessene Dinge für diese zu tun?		
DE5	Fühlen Sie sich im Allgemeinen unwohl, wenn Sie allein sind?		
DE5	Wenn eine enge Beziehung endet, haben Sie dann das Gefühl, schnell jemand anderen finden zu müssen, der sich um Sie kümmert?		
DE5	Machen Sie sich oft Sorgen, allein gelassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen?		
ZW4	Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt oder Listen und Zeitpläne anlegt?		
ZW4	Haben Sie Schwierigkeiten, Dinge zu Ende bringen, weil Sie sehr viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?		
ZW4	Widmen Sie sich gänzlich Ihrer Arbeit oder streben sehr danach, produktiv zu sein?		
ZW4	Haben Sie sehr hohe Maßstäbe dafür, was richtig und was falsch ist?		
ZW4	Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuworfen, weil Sie sie eines Tages vielleicht doch noch einmal gebrauchen könnten?		
ZW4	Fällt es Ihnen schwer, mit anderen zusammenzuarbeiten oder andere zu bitten, etwas für Sie zu tun, wenn diese die Dinge nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?		
ZW4	Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich selbst und andere auszugeben?		
ZW4	Wenn Sie einmal etwas geplant haben, fällt es Ihnen dann schwer, diesen Plan zu ändern?		
ZW4	Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?		

## Screening Persönlichkeit

		Nein	Ja
PA4	Haben Sie oft das Gefühl, dass andere Menschen Sie ausnutzen, Sie verletzen oder anlügen?		
PA4	Sind Sie eine sehr vorsichtige Person, die anderen Menschen kaum etwas anvertraut?		
PA4	Glauben Sie, dass es am besten ist, andere nicht viel über Sie wissen zu lassen, weil diese das gegen Sie verwenden könnten?		
PA4	Haben Sie oft das Gefühl, dass andere Menschen Sie bedrohen oder beleidigen durch das, was diese sagen oder tun?		
PA4	Sind Sie sehr nachtragend oder brauchen lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat?		
PA4	Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, weil diese vor langer Zeit etwas gesagt oder getan haben?		
PA4	Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden?		
PA4	Haben Sie manchmal den Verdacht gehabt, Ihr Partner/Ihre Partnerin sei untreu?		
SCH4	Ist es Ihnen NICHT wichtig, Freunde oder eine Partnerbeziehung zu haben oder mit Ihrer Familie zusammen zu sein?		
SCH4	Würden Sie fast immer Dinge lieber allein als mit anderen zusammen machen?		
SCH4	Haben Sie wenig oder kein Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einem anderen Menschen?		
SCH4	Gibt es nur ganz wenige Dinge, die Ihnen wirklich Freude bereiten?		
SCH4	Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?		
SCH4	Empfinden Sie selten intensive Gefühle, wie sehr wütend oder sehr freudig zu sein?		
HI5	Stehen Sie gern im Mittelpunkt?		
HI5	Neigen Sie dazu, oft zu flirten?		
HI5	Ertappen Sie sich oft dabei, dass Sie andere „anmachen“?		
HI5	Ziehen Sie die Aufmerksamkeit anderer gern durch die Art, wie Sie sich kleiden oder aussehen, auf sich?		
HI5	Neigen Sie dazu, sehr dramatisch aufzutreten oder zu sprechen?		
HI5	Sind Sie emotionaler als die meisten anderen Menschen, z.B. schluchzen Sie, wenn Sie eine traurige Geschichte hören?		
HI5	Ändern Sie oft Ihre Meinung über Dinge in Abhängigkeit davon, mit welchen Menschen Sie gerade zusammen sind oder was Sie gerade gelesen oder im Fernsehen gesehen haben?		
HI5	Fühlen Sie sich mit fast allen Menschen gut befreundet, sogar mit Dienstleistern, wie Ihrem Klempner, Ihrem Automechaniker oder Ihrem Arzt?		
NA5	Sind Sie wichtiger, talentierter oder erfolgreicher als die meisten anderen Menschen?		
NA5	Haben Ihnen andere Menschen schon einmal gesagt, dass Sie eine zu hohe Meinung von sich selbst hätten?		
NA5	Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?		
NA5	Denken Sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden?		
NA5	Wenn Sie ein Problem haben, bestehen Sie dann fast immer darauf, den höchsten Vorgesetzten zu sprechen?		

## Screening Persönlichkeit

		Nein	Ja
NA5	Versuchen Sie, Zeit mit Menschen zu verbringen, die wichtig oder einflussreich sind?		
NA5	Ist es Ihnen wichtig, dass andere Menschen Sie beachten oder in irgendeiner Weise bewundern?		
NA5	Halten Sie sich für jemanden, der eine Sonderbehandlung verdient oder für den andere Menschen automatisch das tun sollten, was Sie wollen?		
NA5	Stellen Sie Ihre eigenen Bedürfnisse oftmals über die anderer Menschen?		
NA5	Haben sich andere beschwert, dass Sie Menschen ausnutzen?		
NA5	Denken Sie generell, dass die Bedürfnisse oder Gefühle anderer Menschen nicht Ihr Problem sind?		
NA5	Halten Sie die Probleme anderer oft für langweilig?		
NA5	Haben sich andere bei Ihnen darüber beschwert, dass Sie ihnen nicht zuhören oder Ihnen ihre Gefühle egal sind?		
NA5	Wenn Sie jemanden Erfolgreiches sehen, haben Sie dann das Gefühl, diesen Erfolg mehr zu verdienen als der oder die andere?		
NA5	Haben Sie den Eindruck, dass andere oft neidisch auf Sie sind?		
NA5	Glauben Sie, dass nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen?		
NA5	Haben sich andere Menschen darüber beschwert, dass Sie sich überheblich oder arrogant verhalten?		
BO5	Geraten Sie leicht außer sich, wenn Sie denken, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?		
BO5	Sind Ihre Beziehungen zu Menschen, an denen Ihnen viel liegt, häufig von einem extremen Auf und Ab gekennzeichnet?		
BO5	Ändert sich Ihr Gefühl darüber, wer Sie sind, häufig drastisch?		
BO5	Sind Sie unterschiedlich im Kontakt mit verschiedenen Menschen oder in verschiedenen Situationen, so dass Sie manchmal nicht wissen, wer Sie wirklich sind?		
BO5	Haben Sie schon oft plötzlich zum Beispiel Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne oder religiösen Anschauungen geändert?		
BO5	Haben Sie schon oft plötzlich Ihr freundschaftliches Umfeld oder Ihre sexuelle Identität geändert?		
BO5	Haben Sie oft impulsiv gehandelt?		
BO5	Haben Sie jemals versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen, oder haben das angedroht?		
BO5	Haben Sie sich jemals absichtlich geschnitten, Brandwunden zugefügt oder geritzt?		
BO5	Ändert sich Ihre Stimmung oft innerhalb eines Tages, je nachdem, was gerade in Ihrem Leben passiert?		
BO5	Fühlen Sie sich oft innerlich leer?		
BO5	Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden so ärgerlich, dass Sie die Kontrolle verlieren?		
BO5	Schlagen Sie andere Personen, wenn Sie wütend sind, oder werfen mit Dingen nach ihnen?		
BO5	Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?		
BO5	Werden Sie, wenn Sie sich sehr aufregen, anderen gegenüber argwöhnisch, oder fühlen sich losgelöst von Ihrem Körper oder empfinden die Dinge als unwirklich?		

# Screening Persönlichkeit

		Nein	Ja
--	--	------	----

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Dinge, die Sie getan haben, bevor Sie 15 Jahre alt waren.

AS2	Haben Sie andere Kinder schikaniert, bedroht oder eingeschüchtert?		
AS2	Haben Sie Schlägereien angefangen?		
AS2	Haben Sie jemanden mit einer Waffe verletzt oder bedroht, wie z.B. mit einem Schlagstock, einem Ziegelstein, einer zerbrochenen Flasche, einem Messer oder einer Schusswaffe?		
AS2	Haben Sie jemandem grausame Dinge angetan, die ihm/ihr körperliche Schmerzen oder Leid zufügten?		
AS2	Haben Sie Tiere absichtlich gequält?		
AS2	Haben Sie jemanden ausgeraubt, überfallen oder haben jemandem etwas gewaltsam weggenommen, indem Sie ihn/sie bedroht haben?		
AS2	Haben Sie jemanden zu sexuellen Handlungen gezwungen?		
AS2	Haben Sie absichtlich Feuer gelegt?		
AS2	Haben Sie vorsätzlich Dinge zerstört, die nicht Ihnen gehörten?		
AS2	Sind Sie in Häuser, andere Gebäude oder Autos eingebrochen?		
AS2	Haben Sie häufig gelogen oder andere reingelegt, um etwas zu bekommen, was Sie wollten, oder um etwas zu umgehen, was Sie nicht tun wollten?		
AS2	Haben Sie Ladendiebstahl begangen, jemanden bestohlen oder eine Unterschrift gefälscht, um an Geld zu kommen?		
AS2	Sind Sie von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben?		

Die folgenden zwei Fragen beziehen sich auf Dinge, die Sie getan haben, bevor Sie 13 Jahre alt waren.

AS2	Sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause gekommen, als Sie durften?		
AS2	Haben Sie oft die Schule geschwänzt?		



## Prof. Dr. Fegg + Kollegen

Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie

📍 Sonnenstraße 10 | 80331 München

☎ 089-5390 6385-0

☎ 089-5390 6385-9

✉ info@psychologie-muenchen.de

🌐 www.psychologie-muenchen.de

📅 Termine nach Vereinbarung:  
Mo. bis Fr. 8.00 – 20.00 Uhr