



Praxis Rupp | Hauptstraße 22 | 24848 Kropp

Praxis für Psychotherapie

**Christian Rupp**

Psychologe (M. Sc.)

Psychologischer Psychotherapeut

*Verhaltenstherapie*

Hauptstraße 22

24848 Kropp

Telefon: 04624 423 98 90

Fax: 04624 423 98 91

[www.psychotherapie-rupp.com](http://www.psychotherapie-rupp.com)

[info@psychotherapie-rupp.com](mailto:info@psychotherapie-rupp.com)

LANR: 498745768

BSNR: 016702600

## Fragebogen zur Vorbereitung des Erstgesprächs („Psychotherapeutische Sprechstunde“)

Der folgende Fragebogen dient dazu, schon im Vorfeld des Erstgesprächs eine Reihe wichtiger Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer persönlichen Problematik zu gewinnen. Er dient mir somit als erste Orientierung und dazu, das Erstgespräch vorzubereiten und gezielte weiterführende Fragen zu stellen.

### Vorab: Ihr Einverständnis zur Verarbeitung Ihrer Daten

Ich willige ein, dass meine in dem folgenden Fragebogen erhobenen Daten von Herrn M. Sc. Psych. Christian Rupp gelesen und zwecks Terminvereinbarung und inhaltlicher Vorbereitung eines Erstgesprächs vertraulich behandelt und sicher aufbewahrt werden. Sollte es zu einem Erstgespräch kommen, so ist mir bewusst, dass dieser Fragebogen Teil meiner Patientenakte wird. Sollte es zu keinem Erstgespräch kommen, wird dieser Fragebogen vernichtet, sobald ich gegenüber Herrn Rupp oder dem Praxispersonal mitteile, dass ich kein Erstgespräch wünsche, oder sobald ich die Löschung meiner Daten aus diesem Fragebogen verlange.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit formlos per Post oder E-Mail an die oben stehende E-Mail-Adresse widerrufen. Mir ist bewusst, dass, sollte aufgrund eines Erstgesprächs eine Patientenakte angelegt werden, eine gesetzliche Verpflichtung besteht, meine Daten 10 Jahre sicher aufzubewahren und erst danach zu löschen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## 1. Angaben zu Ihrer Person

**Anrede:**     Frau     Herr     Divers

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Muttersprache:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen?                       Ja                       Nein

Ggf.: Neue Adresse und Angabe, ab wann diese gilt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Telefon:**

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Dürfen ich oder MitarbeiterInnen von mir unter Nennung des Praxisnamens eine Nachricht auf Ihrem Anrufbeantworter bzw. Ihrer Mailbox hinterlassen?                       Ja                       Nein

Dürfen ich oder MitarbeiterInnen von mir gegenüber einer anderen Person, die unter den genannten Telefonnummern ans Telefon geht, unter Nennung des Praxisnamens eine Nachricht für Sie hinterlassen?                       Ja                       Nein

**E-Mail-Adresse** (die Sie regelmäßig abrufen): \_\_\_\_\_

### **Familienstand** (Mehrfachnennungen möglich):

- ledig
- in fester Partnerschaft
- verheiratet
- verheiratet, aber dauerhaft getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

### **Aktuelle Wohnsituation** (Mehrfachantworten möglich):

- alleinlebend
- mit Eltern/Elternteil
- mit Kind/Kindern
- mit Partner/Partnerin

- mit Freunden/Bekanntem (inkl. WG)
- mit sonstigen Personen

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte geben Sie Geschlecht und Geburtsjahr Ihrer Kinder an (z.B. „Tochter, 1997“):

---

---

---

**Gegenwärtige berufliche Situation:**

- In Vollzeit tätig
- In Teilzeit tätig (inkl. Minijob)
- Student/in
- Auszubildende/r
- Arbeitssuchend
- Berentet
- Erwerbsunfähig auf Zeit
- Erwerbsunfähig auf Dauer
- In Elternzeit
- Hausfrau/Hausmann

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachabitur
- Abitur
- Hochschulabschluss:  Bachelor  Master/Diplom/Magister  Promotion

Sind Sie derzeit **krankgeschrieben** bzw. **arbeitsunfähig**?  Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, seit wann: \_\_\_\_\_

- Wie sind Sie **krankenversichert**?
- Gesetzlich
  - Beihilfe + Privat
  - Privat
  - Postbeamtenkrankenkasse
  - KVB
  - Sonstige Kostenträger (z. B. Heilfürsorge)
- Wenn privat:* Sind Sie im **Basistarif** versichert?
- ja
  - nein

Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung (bei Beihilfeberechtigten: sowohl Anschrift der zuständigen Beihilfestelle als auch der privaten Krankenversicherung):

---

---

---

Handelt es sich bei Ihrem Anliegen über einen **Berufsgenossenschaftsfall**?  Ja  Nein

## 2. Beschreibung Ihres Problems und Fragen zu weiteren Symptomen

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten das Anliegen bzw. das Problem, dessentwegen Sie eine Psychotherapie beginnen möchten:

---

---

---

---

---

---

---

---

Seit wann ungefähr leiden Sie unter diesem Problem? \_\_\_\_\_

Im Folgenden finden Sie einige Fragen zu bestimmten Problembereichen, die den Tätigkeitsschwerpunkten der Praxis entsprechen. Diese sind bewusst so formuliert, dass Sie sich für eine Antwortalternative entscheiden.

### **Depression:**

Leiden Sie aktuell und seit mind. 2 Wochen unter niedergeschlagener Stimmung und fehlendem Antrieb bzw. starker Erschöpfung?

Ja  Nein

Haben Sie an sich bemerkt, dass Sie viel grübeln und insgesamt Ihr Denken negativer geworden ist?

Ja  Nein

### **Schlafstörung:**

Leiden Sie unter Ein- oder Durchschlafstörungen?

Ja  Nein

Machen Sie sich viele Gedanken über Ihre Schlafstörungen und sind gedanklich tagsüber permanent mit dem Thema Schlaf beschäftigt?

Ja  Nein

Leiden Sie unter häufigen Alpträumen?

Ja  Nein

### **Angststörungen:**

Leiden Sie unter regelmäßig auftretenden Angstanfällen, bei denen Sie scheinbar plötzlich in starke Panik geraten und das Gefühl haben, ohnmächtig zu werden, zu ersticken, einen Herzinfarkt zu bekommen oder die Kontrolle zu verlieren?

Ja

Nein

Gibt es Orte oder Situationen (z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, enge/geschlossene Räume), die Sie aus Angst vermeiden?

Ja

Nein

Machen Sie sich sehr viele Sorgen über verschiedenste Dinge und empfinden diese Sorgen selbst als übermäßig?

Ja

Nein

Machen Sie sich insbesondere viele Sorgen darüber, eine ernste Erkrankung zu haben oder in Zukunft zu bekommen?

Ja

Nein

### **Zwangsstörung:**

Leiden Sie unter immer wiederkehrenden aufdringlichen oder unsinnigen Gedanken, Vorstellungsbildern oder Impulsen, die bei Ihnen Angst und Unwohlsein auslösen?

Ja

Nein

Fühlen Sie sich dazu gezwungen, bestimmte Handlungen (z.B. Waschen, Kontrollieren, Ordnen, aber auch gedankliche Rituale wie Zählen, Beten oder Kontrolle des eigenen Gedächtnis) immer wieder auszuführen?

Ja

Nein

### **Zwischenmenschliche Probleme:**

Leiden Sie aktuell unter anhaltenden und belastenden Konflikten mit einer oder mehreren Personen?

Ja

Nein

Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich immer wieder in ähnlichen zwischenmenschlichen Problemsituationen wiederfinden, obwohl Sie dies gar nicht wollen?

Ja

Nein

### **Alkohol & Drogen:**

Haben Sie jemals illegale Drogen konsumiert?

Ja

Nein

Bitte beschreiben Sie in einigen Worten, wie oft und wie viel Alkohol Sie üblicherweise konsumieren (z.B. „2-3 Gläser Wein pro Woche“):

---

---

Sind Ihnen wegen Ihres Alkoholkonsums schon einmal Probleme entstanden, z.B. weil dadurch Konflikte ausgelöst wurden oder Sie mit dem Gesetz in Konflikt kamen?

Ja

Nein

### 3. Vorbehandlungen

Befinden Sie sich **aktuell** noch woanders in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

Ja  Nein

*Wenn ja:* Bitte Name und Anschrift der Praxis/Einrichtung nennen:

---

---

---

*Wenn ja:* Wird diese Therapie durch Ihre Krankenversicherung bezahlt?

Ja  Nein

Haben Sie **in der Vergangenheit** schon einmal eine ambulante Psychotherapie gemacht?

Ja  Nein

*Wenn ja:*

Bitte jeweils Name und Anschrift der Praxis/Einrichtung sowie die Jahreszahl und nach Möglichkeit das Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie) nennen:

---

---

---

---

Hatten Sie in der Vergangenheit psychiatrische/psychotherapeutische **Klinikaufenthalte** (inkl. Reha-Aufenthalten)?

Ja  Nein

*Wenn ja:*

Bitte jeweils Name und Anschrift der Klinik sowie die Jahreszahl nennen:

---

---

---

---

Nehmen Sie aktuell regelmäßig **Medikamente** ein?

Ja  Nein

*Wenn ja:*

Bitte geben Sie jeweils den Namen und die Dosis (pro Tag) des Medikaments an:

---

---

---

---

#### 4. Ihre Körperliche Gesundheit

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_

Liegen bei Ihnen gesundheitliche Probleme in einem der folgenden Bereiche vor?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                     |
| <input type="checkbox"/> Asthma                       | <input type="checkbox"/> Epilepsie                            |
| <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Andere neurologische Erkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Migräne                      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunter- oder Überfunktion |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen                   |
| <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden            | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen                    |
| <input type="checkbox"/> Andere                       |   |

Ggf. bitte näher erläutern:

---

---

---

---

---

Wer ist Ihre **Hausärztin/Ihr Hausarzt**? \_\_\_\_\_

Letzte Frage: Wie sind Sie auf meine **Praxis aufmerksam** geworden?

---

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!