

PSYCHOTHERAPIE-AMBULANZ (PTA)

Prof. Dr. T. Brockmeyer, wiss. Leitung
Dr. T. Andor, gschf. u. therap. Leitung

Psychotherapie-Ambulanz Universität Münster
Fachrichtung Psychologie
Fliednerstr. 21
48149 Münster

Sekretariat:
Tel. +49 251 83-34140
Fax +49 251 83-31333

Eingangsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben Interesse an einem ersten psychotherapeutischen Gespräch in der Psychotherapie-Ambulanz der Universität Münster (PTA Universität Münster). Die Psychotherapie-Ambulanz ist eine Einrichtung am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Münster. Als Hochschulambulanz erfüllen wir neben unserem Angebot an psychotherapeutischen Behandlungen Aufgaben in der universitären Forschung und Lehre.

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrem Anliegen und Ihrer persönlichen Lebenssituation. Diese Informationen helfen uns, eine erste Einschätzung zu treffen, ob unser aktuelles Behandlungsangebot passend für Ihr Anliegen erscheint. In diesem Fall ermöglicht uns der ausgefüllte Fragebogen zudem, das Erstgespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorzubereiten und durchzuführen. Im Rahmen des Gesprächs wird individuell mit Ihnen besprochen, ob ein Angebot der PTA Universität Münster oder andere Angebote sinnvoll erscheinen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Auf unserer Website zum Download sowie in der Ambulanz ausliegend finden Sie unsere Patienteninformation zum Datenschutz, der Sie entnehmen können, wie Ihre Daten verarbeitet werden.

Bitte beantworten Sie die Fragen bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende Antwortmöglichkeit an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben. Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt auf dem Postweg an uns zurück.

Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren. Wir bemühen uns sehr, Sie möglichst zeitnah zu kontaktieren. Unsere Erfahrung zeigt, dass wir in Phasen vermehrter Anfragen leider nur verzögert antworten können. Bei akutem Bedarf raten wir Ihnen, sich an Ihre*n Hausarzt*Hausärztin, eine*n ambulanten Psychiater*in, die psychiatrische Ambulanz der für Ihren Wohnbereich zuständigen Klinik oder am Wochenende den Krisennotdienst der Stadt Münster (0251/915550) zu wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Tanja Andor

Psychologische Psychotherapeutin | Geschäftsführende und therapeutische Ambulanzleitung

TEIL 1: ANGABEN ZUR PERSON

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen und Kontaktdaten ein, unter denen wir Sie erreichen können:

Heutiges Datum: _____

Name, Vorname: _____

Ggf. Geburtsname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers keine Zuordnung

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre

Straße/ Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon fest: _____ mobil: _____

Wann sind Sie werktags telefonisch erreichbar? _____

Dürfen wir Ihnen eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen, falls wir Sie nicht erreichen? ja nein

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wohin (Ort): _____

Adresse (falls bekannt): _____

Muttersprache(n): Deutsch
 andere: _____ (bitte eintragen)

Wenn "andere": Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

keine fortgeschritten
 Grundkenntnisse fließend

Derzeitige*r Hausärztin*Hausarzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse/Versicherung:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

gesetzlich privat nur für Privatversicherte: Beihilfe? ja nein

Handelt es sich um ein Berufsgenossenschaftsverfahren? ja nein noch offen

Familienstand:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft | <input type="checkbox"/> verwitwet |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Befinden Sie sich derzeit in einer Partnerschaft? ja nein

Wie viele Kinder haben Sie? Anzahl der Kinder: _____ (bitte eintragen)

Alter u. Geschlecht (m, w) der Kinder: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten |
| <input type="checkbox"/> mit (Ehe-) Partner*in | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> mit Kind/ Kindern | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> bei Eltern | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Höchster allgemeinbildender Abschluss:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aktuell Schüler*in | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss |
| <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> Abitur / Fachhochschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss | <input type="checkbox"/> Anderer |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss | _____ |
- (bitte eintragen)

Erlerner Beruf: _____

Derzeit (überwiegend) ausgeübte Tätigkeit: _____

Ort der ausgeübten Tätigkeit: _____

Arbeitszeit in beruflicher Tätigkeit:

- derzeit nicht berufstätig
- Teilzeit (bis 20 Stunden pro Woche)
- Teilzeit (mehr als 20 Stunden bis 30 Stunden pro Woche)
- Teilzeit (mehr als 30 Stunden pro Woche)
- Vollzeit berufstätig

Aktuell krankgeschrieben: ja nein

TEIL 2: PROBLEMBESCHREIBUNG UND BISHERIGE BEHANDLUNGEN

Anliegen: Bitte geben Sie nachfolgend Ihr Problem an, aufgrund dessen Sie Beratung/ Behandlung wünschen:

Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem/ diesen Problemen?

Aktuelle körperliche Erkrankungen (bitte den Zeitraum angeben):

Medikamente: Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche, wie oft und in welcher Dosis?

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung? ja nein
Wenn ja, seit wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? Welches Therapieverfahren?

Vergangene ambulante psychotherapeutische Behandlungen? ja nein
Wenn ja, wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? Welches Therapieverfahren? (ggf. Anmerkungen)

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung? ja nein
Wenn ja, seit wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)?

Vergangene ambulante psychiatrische Behandlungen? ja nein
Wenn ja, wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? (ggf. Anmerkungen)

Bisherige stationäre Behandlungen wegen psychischer Probleme? ja nein
Wenn ja, wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? (ggf. Anmerkungen)

Spezialambulanzen der PTA Universität Münster

Zu der PTA Universität Münster gehören Spezialambulanzen, die sich auf die Behandlung ausgewählter Störungen spezialisiert haben. Um ein Erstgespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorbereiten und durchzuführen zu können und dabei die Angebote der Spezialambulanzen gegebenenfalls mit einbeziehen zu können, bitten wir Sie zusätzlich folgende Fragen zu beantworten:

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Haben Sie in letzter Zeit sehr viel an Gewicht verloren (> 20% innerhalb von 6 Monaten)? ja nein

Leiden Sie regelmäßig unter Essanfällen, während derer Sie ungewöhnlich große Nahrungsmengen zu sich nehmen und dabei das Gefühl haben, die Kontrolle zu verlieren? ja nein

Beschäftigen Sie die Themen Figur und Gewicht sehr stark oder haben Sie starke Angst vor Gewichtszunahme? ja nein

Fühlten Sie sich an mehr als der Hälfte der Tage der letzten 2 Wochen durch wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten beeinträchtigt? ja nein

Fühlten Sie sich an mehr als der Hälfte der Tage der letzten 2 Wochen durch Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt? ja nein

TEIL 3: SONSTIGE INFORMATIONEN

Von wem wurden Sie überwiesen bzw. wie bekamen Sie Informationen über PTA Universität Münster?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärztin*arzt / Allgemeinärztin*arzt | <input type="checkbox"/> Andere Klinik |
| <input type="checkbox"/> Andere*r Fachärztin*arzt | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle / and. psychosoziale Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut*in | <input type="checkbox"/> Kostenträger / Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Andere*r Psycholog*in | <input type="checkbox"/> Andere*r Patient*in |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik/ Psychosom. Klinik/ Kurklinik | <input type="checkbox"/> Eigene Recherche |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Haben Sie früher schon einmal ein Angebot der PTA Universität Münster in Anspruch genommen?

- nein
- ja *wenn ja, welches?* früheres Erstgespräch in der Psychotherapie-Ambulanz-Sprechstunde
 anderes Angebot (Therapie, Training, Kurzberatung, Diagnostik)

Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint, das bisher aber noch nicht erwähnt wurde?

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens. Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Senden Sie dann den Fragebogen an die

Psychotherapie-Ambulanz Universität Münster

Fliegerstraße 21

48149 Münster
