

Chiffre: _____
(wird von der PTA ausgefüllt)

Prof. Dr. Fred Rist, Wiss. Leitung
Dipl. Psych. M. Engberding, Gschf. Leitung

Fachbereich Psychologie, PTA
Fliednerstr. 21
48149 Münster

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

Eingangsfragebogen

Sie haben Interesse an einer Beratung oder Behandlung in der Psychotherapie-Ambulanz der Westfälischen Wilhelms-Universität geäußert. Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrem Anliegen und Ihrer persönlichen Lebenssituation. Diese Informationen helfen uns, das Erstgespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation zu planen und durchzuführen.

Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende Antwortmöglichkeit an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben. Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an unsere Anschrift zurück.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens zeitnah bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.

Mit freundlichen Grüßen,

Margarita Engberding
Dipl. Psych. | Gschf. Ambulanzleitung

Teil 1: Angaben zur Person

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Heutiges Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre

Anschrift: _____

Telefon fest: _____ mobil: _____

Wann sind Sie an Werktagen am besten telefonisch erreichbar?

E-Mail (nur bei regelmäßigem Abruf): _____

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen? ja nein

Wenn ja: wann? _____

neue Anschrift: _____

Geschlecht:

- 1 weiblich
2 männlich

Familienstand:

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ledig, ohne Partnerschaft | 4 <input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend |
| 2 <input type="checkbox"/> ledig, in Partnerschaft | 5 <input type="checkbox"/> geschieden |
| 3 <input type="checkbox"/> verheiratet, zusammenlebend | 6 <input type="checkbox"/> verwitwet |

Lebenssituation:

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> allein lebend | 5 <input type="checkbox"/> mit Partner(in) und mit Kind/Kindern |
| 2 <input type="checkbox"/> mit Elternteil | 6 <input type="checkbox"/> mit Freunden/Bekanntem |
| 3 <input type="checkbox"/> allein mit Kind/Kindern | 7 <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen |
| 4 <input type="checkbox"/> mit Partner(in) | 8 <input type="checkbox"/> mit sonstigen Personen |

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

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

Staats-
angehörigkeit: 1 deutsch
2 andere: _____ (bitte eintragen)

Muttersprache(n): 1 deutsch
2 andere: _____ (bitte eintragen)

Wenn "andere": Wie schätzen Sie Ihre deutschen Sprachkenntnisse ein? (bitte Ziffer ankreuzen)

sehr gut sehr schlecht
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6

Religionszugehörigkeit:

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> römisch-katholisch | 4 <input type="checkbox"/> keine |
| 2 <input type="checkbox"/> evangelisch | 5 <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> muslimisch | |

Höchster erreichter Schulabschluss:

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> kein Abschluss | 7 <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule |
| 2 <input type="checkbox"/> Grund-/Primarschulabschluss | 8 <input type="checkbox"/> Fachabitur |
| 3 <input type="checkbox"/> Sonder-/ Förderschulabschluss | 9 <input type="checkbox"/> Abitur |
| 4 <input type="checkbox"/> Volksschulabschluss | 10 <input type="checkbox"/> Fach(hoch)schulabschluss |
| 5 <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | 11 <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss |
| 6 <input type="checkbox"/> Realschulabschluss | 12 <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss: |
- _____
- (bitte eintragen)

derzeit ausgeübte Tätigkeit/Ausbildung/Studium (bitte mit Fach und ca. Semesterzahl):

-
- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> derzeit voll berufstätig | 4 <input type="checkbox"/> arbeitslos |
| 2 <input type="checkbox"/> Teilzeit | 5 <input type="checkbox"/> Rentner(in) |
| 3 <input type="checkbox"/> derzeit nicht berufstätig | 6 <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Die folgende Frage bezieht sich auf die Tätigkeit, die Sie überwiegend ausüben. Wählen Sie bitte nur eine Antwortkategorie aus.

Erwerbstätigkeit „Berufsklasse“:

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Schüler(in) | 8 <input type="checkbox"/> Selbständige(r)/Freiberufler(in) |
| 2 <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) | 9 <input type="checkbox"/> Arbeitslose(r) |
| 3 <input type="checkbox"/> Student(in) | 10 <input type="checkbox"/> Schüler(in)/Student(in) |
| 4 <input type="checkbox"/> Angestellte(r), Beamte(r) | 11 <input type="checkbox"/> Wehrpflichtiger/Zivildienstleistender |
| 5 <input type="checkbox"/> Leitender Angestellte(r)/ Leitender Beamte(r) | 12 <input type="checkbox"/> Hausmann/Hausfrau |
| 6 <input type="checkbox"/> Arbeiter(in), ungelernt | 13 <input type="checkbox"/> Rentner(in) |

erlernter Beruf: _____

Teil 2: Problembeschreibung und bisherige Behandlungen

Bitte geben Sie nachfolgend Ihr Problem an, aufgrund dessen Sie eine Beratung oder Behandlung wünschen:

Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem?

**Bisherige ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen:
Wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)?
(ggf. Anmerkungen)**

**Bisherige stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen:
Wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)?
(ggf. Anmerkungen)**

Derzeitiger Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer):

Derzeitige ambulante psychiatrische Behandlung (Name, Adresse, Telefonnummer):

Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche?

Von wem wurden Sie überwiesen bzw. bekamen Informationen über die Psychotherapie-Ambulanz?

Krankenkasse/Versicherung (Name, Adresse, Telefonnummer):

privat gesetzlich

Nur für Privat-Versicherte: Beihilfe? ja nein

Gibt es sonst noch irgendetwas, das Ihnen wichtig erscheint, 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

Fliednerstraße 21

48149 Münster

Frankierung:

- als Kompaktbrief im Standard-Briefumschlag: 0,90 € **oder**

- als Großbrief im DIN A4- oder DIN A5-Umschlag: 1,45 €