

## Abendklinik St. Bernhard Biographischer Fragebogen

Dieser Fragebogen dient dazu, über das Erstgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu erhalten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher möglichst vollständig und genau.

Die Inhalte dieses Fragebogens werden absolut vertraulich behandelt. Kein Außenstehender (weder nahe Verwandte noch Ihr Hausarzt o.a.) erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach „Möchte ich nicht beantworten“.

Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung einer Frage brauchen, schreiben Sie bitte auf der Rückseite weiter.

### 1. Allgemeine Informationen zur Person

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

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Wann haben diese Beschwerden begonnen?

Haben Sie, nach eigener Einschätzung eine psychische Krankheit und wenn ja, welche könnte es sein?

Leiden Sie nach Ihrer Kenntnis unter:

Ängsten  nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Zwänge  nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Depression  nein  ja

Psychose  nein  ja

Demenz  nein  ja

### Selbstbeschreibung

Unterstreichen Sie bitte, wie Sie sich selbst sehen:

glücklich – misstrauisch – sympathisch – dumm –naiv –attraktiv – pessimistisch – einsam –  
tatkraftig – verletztbar – träge – ängstlich – nachdenklich – reizbar – optimistisch – selbstsicher  
– verschlossen – intelligent – ausgeglichen – energielos – gesprächig – kritisch – unglücklich  
– energisch – unattraktiv – teilnahmslos – aggressiv – gesellig – genau –eifersüchtig –  
nachlässig – oberflächlich – ruhelos – anhänglich – wachsam – beständig – unkonzentriert –  
schutzbedürftig – uninteressant – unbefangen – ausdauernd – hilflos – eifrig – offen – lebendig  
– verträumt – tüchtig – freigiebig – verkrampft – fröhlich – selbstunsicher – neugierig –  
pflichtbewusst

## 2. Familie

Wo sind Sie geboren und wo aufgewachsen?

---

Sind Sie bei Ihren Eltern groß geworden?  ja  nein

falls nein, bei wem ? \_\_\_\_\_

**VATER:** Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Gesundheit: \_\_\_\_\_  
Falls verstorben, Ursache: \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_ Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und wie war Ihr Verhältnis (damals + heute):

**MUTTER:** Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Gesundheit: \_\_\_\_\_  
Falls verstorben, Ursache: \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_ Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und wie war Ihr Verhältnis (damals + heute):

### **GESCHWISTER**

nein  ja wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Brüder? \_\_\_\_\_ Schwestern ? \_\_\_\_\_

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern beschreiben? Damals in der Kindheit und heute?

Welche Menschen bedeuten Ihnen am meisten in Ihrem Leben?

Besonderheiten in der Familie, die für die Therapie von Interesse sein könnten:

Haben Sie Kinder?

nein  ja wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_ in welchem Alter ? \_\_\_\_\_

Wo leben Ihre Kinder?

Familienstand – bitte ankreuzen:

- Lebe mit jemandem zusammen seit \_\_\_\_\_ (Jahreszahl)
- Getrennt lebend seit \_\_\_\_\_
- Ledig
- Verheiratet seit \_\_\_\_\_
- Wieder verheiratet (wie oft? \_\_\_\_\_)
- Geschieden seit \_\_\_\_\_
- Verwitwet seit \_\_\_\_\_

### **EHE / PARTNERSCHAFT**

Falls Sie nicht in einer Partnerschaft leben, wie erleben Sie diese Situation?

Falls Sie in einer Ehe oder Partnerschaft leben:

Alter des Partners: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit des Partners: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners mit eigenen Worten:

Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Beziehung?

Was würden Sie gerne in Ihrer Beziehung ändern?

Was sollte Ihrer Ansicht nach so bleiben wie es ist?

### **3. Soziale Faktoren**

Schulischer Werdegang (in chronologischer Reihenfolge):

Beruflicher Werdegang (in chronologischer Reihenfolge):

Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus?

Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden? Wenn nicht, bitte erläutern Sie dies:

Stehen Veränderungen an wie Umschulung, Reha/Kur, Rentenantrag?

Wie sieht Ihre finanzielle Lage aus (haben Sie Schulden)?

Leben Sie in einem Haus, Untermiete, Wohnung? .....mit wem leben Sie dort zusammen?

Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Wohnsituation?

Wichtige Lebensereignisse, Konflikte/Ärger mit der Umwelt ( z.B. Nachbarn, bei der Arbeit, Behörden...)

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit (Hobbys, Interessen):

Treiben Sie Sport? Wenn ja , welchen und wie oft ?

#### 4. Biologische/medizinische Faktoren

Waren Sie aufgrund psychischer Probleme schon einmal in ambulanter, teil- oder stationärer Behandlung oder Reha?

nein       ja (falls ja, wann und wo?)

ambulant                      wann: \_\_\_\_\_                      wo: \_\_\_\_\_

stationär                      wann: \_\_\_\_\_                      wo: \_\_\_\_\_

teilstationär                      wann: \_\_\_\_\_                      wo: \_\_\_\_\_

Reha                      wann: \_\_\_\_\_                      wo: \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals einen Selbstmordversuch unternommen?

nein               ja

wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

unter welchen Umständen:

Haben Sie momentan lebensmüde Gedanken?

nein               ja

Hat ein Verwandter bzw. eine Verwandte von Ihnen jemals einen Selbstmordversuch unternommen?

nein               ja

Würden Sie sagen, dass Sie von etwas abhängig sind (z.B. Alkohol, Arbeit, Essen, Tabletten, Drogen, Beziehungen, Sexualität, Nikotin, Spiel, TV, Internet)?

- Tabak Menge? \_\_\_\_\_
- Kaffee Menge? \_\_\_\_\_
- Alkohol Menge? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt?
- Drogen Menge? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt?
- Andere \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie Fälle von Alkoholismus, Depressionen oder andere psychische Erkrankungen bekannt?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Gab es Entwicklungsstörungen oder gibt es angeborene Behinderungen?

Gibt es bei Ihnen körperliche Erkrankungen die Sie benennen sollten?

- nein  ja

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie andere Erkrankungen bekannt? (Diabetes, Herzinfarkt, bösartige Erkrankungen?)

- nein  ja

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein (Tabletten, Depotspritze?)

Gibt es Medikamente die Sie nur gelegentlich einnehmen, wenn ja, welche?

Gibt es Medikamente, die Sie gar nicht vertragen haben, wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja, welche?

Gibt es Störungen in den Bereichen:

Schlaf

---

Durst

---

Appetit

---

Schwitzen

---

Herzjagen

---

Luftnot

---

Schwindel

---

Stuhlgang

---

Wasserlassen

---

Sexualität

---

Gibt es außer den von uns gestellten Fragen noch etwas Wichtiges, was Ihnen erwähnenswert scheint und Sie uns mitteilen möchten?