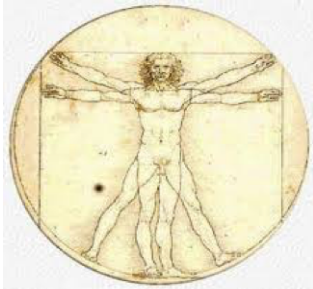


## EMDR Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie



### **PhDr. Ewa Katarzyna Budna**

Ihnestr.30, 58540 Meinerzhagen

Tel.02358/272405

### Eingangsfragebogen

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Sie veranlasst haben, sich an mich zu wenden.

Diese Informationen helfen mir, das Erstgespräch mit Ihnen sowie die nachfolgenden diagnostischen Untersuchungen vorzubereiten.

Es ist dabei wichtig, dass Sie den Fragebogen allein ausfüllen, ohne andere Personen um ihr Urteil oder ihre Meinung zu bitten.

Beantworten Sie bitte jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils auf Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen. Sollten Sie jedoch extreme Bedenken gegen die Beantwortung spezieller Fragen haben, steht Ihnen die

Beantwortung selbstverständlich frei. Auf jeden Fall sollten Sie die „Angaben zur Person“ (Fragen 1-8) vollständig ausfüllen.

Vielen Dank.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben von uns streng vertraulich behandelt.

Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben.

Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit.

## Teil 1: Angaben zur Person

1. Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Geschlecht:  männlich  weiblich

4. Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Telefon:

privat: \_\_\_\_\_

dienstl.: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Unter welcher der o.g. Nummern könnte  
auch eine Nachricht hinterlassen werden?

\_\_\_\_\_

private Zusatzversicherung

6. Ihr derzeitiger Beruf:

\_\_\_\_\_

## Teil 2: Angaben zu Ihrer Gesundheit

7. Welcher der nachfolgenden Störungsbereiche trifft am ehesten auf Sie zu  
(Mehrfachankreuzungen möglich)?

Angststörungen

Zwangsstörungen

Depression

Ess-Störungen

Rückfall bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Schlafstörungen

Schmerzen

Partner- und Sexualprobleme

Posttraumatische Belastungsstörungen

sonstiges:

8. Beschreiben Sie nun bitte in eigenen Worten Ihre Hauptprobleme, wegen derer Sie eine Behandlung bei mir

wünschen:

---

---

---

---

---

---

---

9. Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?

---

---

10. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten, z. B. gegen bestimmte Nahrungsmittel, Inhaltsstoffe oder

Arzneimittel bekannt?

Wenn ja, welche: gesichert / festgestellt durch:

---

---

11. Geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen Ihrer derzeitigen behandelnden Psychotherapeuten und

Ärzte an:

Name Anschrift Telefon

---

---

---

---

12. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen. Geben Sie bitte in den dafür vorgesehenen

Spalten den Namen des Medikaments, die Dosis (Menge) und die Zeit an, seit der Sie das Medikament

einnehmen.

Medikament (Name) Dosierung (Menge) Seit wann?

---

---

---

---

13. Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

nein  ja

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie wegen psychischer Beschwerden eingenommen haben.

Vermerken Sie in den dafür vorgesehenen Spalten bitte den Namen des Medikaments, die Dosierung (Menge)

und von wann bis wann Sie das Medikament eingenommen haben.

Medikament (Name) Dosierung (Menge) Von wann bis wann?

---

---

---

14. Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme in stationärer Behandlung?

wo? \_\_\_\_\_ von wann bis wann?

---

wo? \_\_\_\_\_ von wann bis wann?

---

wo? \_\_\_\_\_ von wann bis wann?

---

### Teil 3: Angaben zu verschiedenen Problembereichen

Wie Sie wissen, werden in meiner Praxis unterschiedliche Störungen behandelt.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu diesen Problembereichen.

Beantworten Sie bitte die Fragen zu allen Problembereichen, auch wenn Sie in dem einen oder anderen keinerlei

Schwierigkeiten haben.

#### Angst

Ein Panik- bzw. Angstanfall besteht aus plötzlich einsetzender intensiver Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr.

Dabei treten häufig zur gleichen Zeit sehr unangenehme körperliche Symptome auf, wie z. B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

15. Haben Sie einmal einen solchen Angstanfall erlebt, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben bestand?

nein  ja

Wenn ja, wie häufig treten diese Angstanfälle auf?

---

16. Treten diese Angstattacken wie aus heiterem Himmel auf?

nein  ja

17. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, weil Sie fürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall

auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)?

nein  ja

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

---

---

## Zwang

18. Haben Sie schon einmal wiederholt länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen gehabt, die Ihnen, zumindest anfänglich, lästig oder unsinnig erschienen sind, z. B. die Vorstellung, sich zu

beschmutzen oder zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun oder ein

dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passiert sein könnte?

O nein O ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Gedanken bitte:

---

---

---

19. Haben Sie jemals den Drang verspürt, irgendwelche Dinge immer wieder tun zu müssen , obwohl Sie dies

selbst als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie beispielsweise mehrfach hintereinander die

Hände zu waschen oder öfter hintereinander zu kontrollieren, ob Sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet

haben, oder aber das Gefühl, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder

bestimmte Dinge anzufassen?

O nein O ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Handlungen bitte:

## Depressionen

20. Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen nahezu jeden Tag

niedergeschlagen oder

bedrückt oder hatten kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen, Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

nein  ja

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

O deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät

O verminderter oder gesteigerter Appetit

O Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf

O Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein

O Verlangsamung der Bewegungen oder des Sprechens

O Müdigkeit oder Energieverlust

O Gefühl der Wertlosigkeit

O Schuldgefühle

O Konzentrationsverlust

O Entscheidungsunfähigkeit

O wiederkehrende Gedanken an den Tod

O Selbstmordgedanken

O Selbstmordversuch

23. Leiden Sie auch gegenwärtig noch unter dieser niedergeschlagenen oder bedrückten Stimmung?

nein  ja

## Essverhalten

21. Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Derzeitiges Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

22. Bitte geben Sie nachfolgend Ihr höchstes und niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr an:

höchstes: \_\_\_\_\_ kg im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

niedrigstes: \_\_\_\_\_ kg im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

23. Von Essanfällen spricht man, wenn in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge gegessen wird und man sich dabei dem Drang zu essen ausgeliefert fühlt. Haben Sie jemals einen

solchen Essanfall erlebt?

O nein O ja

24. Führen Sie nach einem Essanfall Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abfuhrmitteln, Diäten oder Fasten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen?

O nein O ja

Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?

---

---

---

25. Bemühen Sie sich, Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten?

O nein O ja

Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? \_\_\_\_\_ kg

26. Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?

---

---

---

---

Alkohol

27. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

---

28. Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

---

---

29. Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?

O nein O ja

Wenn ja: Wie viel Alkohol haben Sie damals getrunken?

---

---

Wann war das?



30. Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder stationärer Behandlung wegen übermäßigen

Alkoholkonsums (gemeint sind sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Behandlungen)?

O nein O ja

Wenn ja: Geben Sie bitte für alle diesbezüglichen Behandlungen in den dafür vorgesehenen Spalten an, wo

und wann diese stattfanden und wie lange Sie anschließend abstinent geblieben sind.

wo? wann? Abstinenzdauer?

---

---

---

---

### Schmerzen

31. Gab es Zeiten, in denen Sie über mindestens sechs Monate hinweg immer wieder Schmerzen hatten?

O nein O ja

32. Empfinden Sie häufig so starke Schmerzen, dass es Ihnen schwerfällt, sich auf irgendetwas anderes zu

konzentrieren?

O nein O ja

Wenn ja: Beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

---

---

33. Wo empfinden Sie Schmerzen? (Kreuzen Sie bitte an, welches/welche der folgenden Körperteile bei Ihnen

betroffen ist/sind.)

- Mund / Gesicht / Kopf
- Hals- / Nackenbereich
- Schulter / Arme / Hände
- Brustkorb / oberer Rücken
- Bauchbereich
- unterer Rücken / Gesäß
- Hüfte / Beine / Füße

- Beckenbereich

## Schlaf

34. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

O nein O ja

Wenn ja, wie lange dauert es in der Regel nach dem zu Bett gehen, bis Sie eingeschlafen sind?

\_\_\_\_\_

35. Haben Sie Probleme, durchzuschlafen (unruhiger Schlaf, häufiges Wachwerden)?

O nein O ja

Wenn ja, wie viele Stunden schlafen Sie nachts insgesamt?

\_\_\_\_\_

36. Passiert es Ihnen häufiger, dass sie tagsüber plötzlich für kurze Zeit einschlafen?

O nein O ja

## Partnerschaft und Sexualität

36. Wie unglücklich bzw. glücklich würden Sie Ihre Ehe / Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

(0) sehr unglücklich (3) eher glücklich ( ) derzeit keine Partnerschaft

(1) unglücklich (4) glücklich

(2) eher unglücklich (5) sehr glücklich

37. In den meisten Partnerschaften haben Missverständnisse und Konflikte ganz konkrete Anlässe. Bitte kreuzen

Sie an, welche der folgenden Bereiche in Ihrer Partnerschaft zu Konflikten führen.

O Einteilung des monatlichen Einkommens

O Außereheliche Beziehungen

O Berufstätigkeit

O Verwandte

O Haushaltsführung / Wohnung

- Persönliche Gewohnheiten des Partners
- Vorstellungen über Kindererziehung
- Kommunikation / gemeinsame Gespräche
- Freizeitgestaltung

- Kinderwunsch / Familienplanung
  - Freunde und Bekannte
  - Fehlende Akzeptanz / Unterstützung des
  - Temperament des Partners
  - Zuwendung des Partners
  - Forderungen des Partners
  - Attraktivität
  - Krankheiten / Behinderungen / psychische
  - Vertrauen Störungen
  - Eifersucht
  - Umgang mit Alkohol / Medikamenten /
  - Gewährung persönlicher Freiheiten Drogen
  - Sexualität  Tätlichkeiten
  - andere:
- 

38. Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?  nein  ja

Wenn nein: Planen Sie in den nächsten sechs  
Monaten, schwanger zu werden?  nein  ja

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zur Person und die Selbsteinschätzung unterliegen