



Prof. Dr. Ulrike Buhlmann, Wiss. Leitung
Dr. Tanja Andor, 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,

Dr. Tanja Andor
Psychologische Psychotherapeutin | Gschf. Ambulanzleitung

Interne Bearbeitung (wird von der PTA ausgefüllt!)

<p><i>Chiffre:</i> _____ <i>(wird von der PTA ausgefüllt)</i></p>

	<i>Datum</i>	<i>Kürzel</i>
<i>Org./Erstk.</i>		

Termin (von der PTA auszufüllen): _____

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: _____
Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre
Anschrift: _____
Telefon fest: _____ mobil: _____

Wann sind Sie werktags telefonisch erreichbar? _____

E-Mail (nur bei regelmäßigem Abruf und wenn Sie mit Kontaktaufnahme per Mail einverstanden sind): _____

Wählen Sie bei der folgenden Frage bitte nur eine Antwortkategorie aus:

Berufsklasse:

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss | 8 <input type="checkbox"/> Leitende(r) Angestellte(r)/ Leitende(r) Beamte(r) |
| 2 <input type="checkbox"/> Schüler(in) | 9 <input type="checkbox"/> Selbständige(r)/Freiberufler(in) ohne Leitungsfunktion |
| 3 <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) | 10 <input type="checkbox"/> Selbständige(r)/Freiberufler(in) mit Leitungsfunktion |
| 4 <input type="checkbox"/> Student(in) | 11 <input type="checkbox"/> Hausmann/Hausfrau |
| 5 <input type="checkbox"/> Arbeiter(in), ungelernt | 12 <input type="checkbox"/> Wehrdienstleistende(r)/Zivildienstleistende(r) |
| 6 <input type="checkbox"/> Facharbeiter(in) | 13 <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| 7 <input type="checkbox"/> Angestellte(r), Beamte(r) | |

erlernter Beruf: _____

Derzeit (überwiegend) 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: _____ |

Krankenkasse/Versicherung (Name, Adresse, Telefonnummer):

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

gesetzlich privat nur für Privat-Versicherte: Beihilfe? ja nein

Handelt es sich um ein Berufsgenossenschaftsverfahren? ja nein

Geschlecht:

- 1 weiblich 2 männlich

Familienstand:

- 1 ledig, ohne Partnerschaft 4 verheiratet, getrennt lebend
2 ledig, in Partnerschaft 5 geschieden
3 verheiratet, zusammenlebend 6 verwitwet

Lebenssituation:

- 1 allein lebend 5 mit Partner(in) und mit Kind/Kindern
2 mit Elternteil 6 mit Freunden/Bekanntem
3 allein mit Kind/Kindern 7 betreutes Wohnen
4 mit Partner(in) 8 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?

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

Religionszugehörigkeit:

- 1 römisch-katholisch 4 keine
2 evangelisch 5 andere: _____
3 muslimisch

Höchster erreichter Schulabschluss:

- 1 kein Abschluss 7 Polytechnische Oberschule
2 Grund-/Primarschulabschluss 8 Fachabitur
3 Sonder-/ Förderschulabschluss 9 Abitur
4 Volksschulabschluss 10 Fach(hoch)schulabschluss
5 Hauptschulabschluss 11 Universitätsabschluss
6 Realschulabschluss 12 anderer Schulabschluss:

(bitte eintragen)

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wohin (Ort): _____

Adresse (falls bekannt): _____

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?

Aktuelle körperliche Erkrankungen (bitte den Zeitraum angeben):

Medikamente: Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche?

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

Vergangene ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlungen:
Wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? (ggf. Anmerkungen)

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

Spezialambulanzen

An die Psychotherapie-Ambulanz sind zusätzliche Einrichtungen angeschlossen, die sich auf die Behandlung ausgewählter Störungen spezialisiert haben. Um ein Erstgespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation planen und durchzuführen zu können und die Angebote der Spezialambulanzen gegebenenfalls mit einbeziehen zu können, bitten wir Sie zusätzlich folgende Fragen zu beantworten:

		Ja	Nein
1.	Schieben Sie wichtige Tätigkeiten über den passenden Zeitpunkt hinaus sehr häufig auf, obwohl Ihnen eigentlich Zeit dafür zur Verfügung steht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Leiden Sie unter Ihrem Aufschiebeverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Beeinträchtigt Ihr Aufschiebeverhalten das Erreichen Ihrer persönlichen Ziele in starkem Ausmaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Neigen Sie dazu, sich übermäßig Sorgen über Dinge zu machen, die passieren könnten (z.B. im Bereich Gesundheit, berufliche Zukunft oder alltägliche Organisation) und führen diese Sorgen zu starkem Leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie ihre Sorgen gar nicht mehr stoppen können, dass Ihre Sorgen außer Kontrolle geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie in Ihrem Leben traumatische Erfahrungen gemacht, unter deren Folgen Sie heute noch leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Leiden Sie unter wiederholten, beunruhigenden und ungewollten Erinnerungen oder Träumen an die belastende Erfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Versuchen Sie, Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle in Bezug auf die belastende Erfahrung zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Machen Sie sich häufig Sorgen über das Aussehen eigener Körperteile, die Sie als unattraktiv einschätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Sorgen über Ihr körperliches Aussehen belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Verbringen Sie mindestens eine Stunde pro Tag damit, über ihre hässlichen oder besonders unattraktiven Körperteile oder -regionen nachzudenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Leiden Sie unter wiederkehrenden Gedanken, Drängen oder Bildern (z.B. aggressive/sexuelle Gedanken bzw. Gedanken, ob man den Herd ausgeschaltet hat), die Sie als unangenehm empfinden und versuchen sie sie zu unterdrücken, zu ignorieren oder durch weitere Handlungen ungeschehen zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Leiden Sie unter wiederholt durchgeführten Handlungen (z.B. das wiederholte Kontrollieren des Herdes, Händewaschen) sowie gedanklichen Handlungen (z.B. stilles Beten, Zählen, Worte leise wiederholen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Nehmen diese Gedanken, Drängen oder Bilder bzw. die durchgeführten Handlungen mind. eine Stunde pro Tag in Anspruch oder fühlen sie dadurch stark belastet oder beeinträchtigt in ihrem privaten oder beruflichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEIL 3: SONSTIGE INFORMATIONEN

Derzeitiger Hausarzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Derzeitige ambulante psychiatrische Behandlung:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

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

Haben Sie in der Vergangenheit schon mal ein Angebot der PTA in Anspruch genommen?

nein

ja *wenn ja, welches?*

früheres Erstgespräch in der Sprechstunde

anderes Angebot (Therapie, Training, Kurzberatung, Diagnostik)

Gibt es sonst noch etwas, 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 €

Information zur Kontaktaufnahme für wissenschaftliche Studien

Als Einrichtung der Universität Münster übernimmt die Psychotherapie-Ambulanz (PTA) auch Forschungsaufgaben. Es werden demnach verschiedene psychologische Studien durchgeführt, um z.B. die Eignung neuer Fragebögen oder die Wirksamkeit neuer Interventionen wissenschaftlich zu überprüfen.

Um diese Untersuchungen durchführen zu können, benötigen wir stets Patientinnen und Patienten, die bereit sind, daran teilzunehmen. Diese Angebote könnten für Sie interessant sein, da Sie dabei Untersuchungen oder Interventionen kennen lernen, die dem neuesten Stand der Forschung entsprechen und noch nicht in regulären Therapien angeboten werden. Teilweise sind auch die Wartezeiten für solche Angebote kürzer als die Wartezeiten für reguläre Angebote.

Dürfen wir Sie kontaktieren, wenn wir eine Studie anbieten, die im Rahmen Ihrer Problematik für Sie interessant sein könnte?

Wichtig: Wir geben Ihre Kontaktdaten unter keinen Umständen an Personen außerhalb der Psychotherapie-Ambulanz weiter. Wenn Sie einer Kontaktaufnahme zustimmen, dann werden Sie ausschließlich von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Psychotherapie-Ambulanz kontaktiert, die Ihnen genauere Informationen über die Studie geben. Sie können dann noch in Ruhe entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen wollen oder nicht. Natürlich steht es Ihnen immer frei, das konkrete Angebot anzunehmen oder abzulehnen.

Es ist keine Voraussetzung für eine Therapie in der Psychotherapie-Ambulanz, dass Sie sich für wissenschaftliche Studien kontaktieren lassen. Sie können Ihr Einverständnis in die Kontaktaufnahme für Studien jederzeit widerrufen.

Haben Sie noch Fragen oder sind Sie noch unentschieden? Wir beantworten Ihre Fragen gerne in dem gemeinsamen Erstgespräch. Sie können in der unten stehenden Einverständniserklärung auch die Möglichkeit angeben, dass Sie erst noch einmal darüber sprechen möchten.

Einverständniserklärung

Ich (Name in Blockschrift) _____

bin über die Möglichkeit für Studien der PTA kontaktiert zu werden aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Psychotherapie-Ambulanz bzgl. psychologischer Studien, die in Kooperation mit der Psychotherapie-Ambulanz durchgeführt werden, kontaktiert werde.

Ich hatte genügend Zeit für die Entscheidung. Ich weiß, dass mein Einverständnis freiwillig ist. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

ja

nein

Ich möchte in der Sprechstunde erst noch einmal darüber sprechen, bevor ich mich entscheide.

Ort, Datum

Unterschrift

- Zum Verbleib bei Ihnen -

Information zur Kontaktaufnahme für wissenschaftliche Studien

Als Einrichtung der Universität Münster übernimmt die Psychotherapie-Ambulanz (PTA) auch Forschungsaufgaben. Es werden demnach verschiedene psychologische Studien durchgeführt, um z.B. die Eignung neuer Fragebögen oder die Wirksamkeit neuer Interventionen wissenschaftlich zu überprüfen.

Um diese Untersuchungen durchführen zu können, benötigen wir stets Patientinnen und Patienten, die bereit sind, daran teilzunehmen. Diese Angebote könnten für Sie interessant sein, da Sie dabei Untersuchungen oder Interventionen kennen lernen, die dem neuesten Stand der Forschung entsprechen und noch nicht in regulären Therapien angeboten werden. Teilweise sind auch die Wartezeiten für solche Angebote kürzer als die Wartezeiten für reguläre Angebote.

Dürfen wir Sie kontaktieren, wenn wir eine Studie anbieten, die im Rahmen Ihrer Problematik für Sie interessant sein könnte?

Wichtig: Wir geben Ihre Kontaktdaten unter keinen Umständen an Personen außerhalb der Psychotherapie-Ambulanz weiter. Wenn Sie einer Kontaktaufnahme zustimmen, dann werden Sie ausschließlich von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Psychotherapie-Ambulanz kontaktiert, die Ihnen genauere Informationen über die Studie geben. Sie können dann noch in Ruhe entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen wollen oder nicht. Natürlich steht es Ihnen immer frei, das konkrete Angebot anzunehmen oder abzulehnen.

Es ist keine Voraussetzung für eine Therapie in der Psychotherapie-Ambulanz, dass Sie sich für wissenschaftliche Studien kontaktieren lassen. Sie können Ihr Einverständnis in die Kontaktaufnahme für Studien jederzeit widerrufen.

Haben Sie noch Fragen oder sind Sie noch unentschieden? Wir beantworten Ihre Fragen gerne in dem gemeinsamen Erstgespräch. Sie können in der unten stehenden Einverständniserklärung auch die Möglichkeit angeben, dass Sie erst noch einmal darüber sprechen möchten.

Einverständniserklärung

Ich (Name in Blockschrift) _____

bin über die Möglichkeit für Studien der PTA kontaktiert zu werden aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Psychotherapie-Ambulanz bzgl. psychologischer Studien, die in Kooperation mit der Psychotherapie-Ambulanz durchgeführt werden, kontaktiert werde.

Ich hatte genügend Zeit für die Entscheidung. Ich weiß, dass mein Einverständnis freiwillig ist. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

ja

nein

Ich möchte in der Sprechstunde erst noch einmal darüber sprechen, bevor ich mich entscheide.

Ort, Datum

Unterschrift