

## Psychotherapie-Ambulanz (PTA)

Prof. Dr. U. Buhlmann, wiss. Leitung  
Prof. Dr. N. Morina, stellv. wiss. Leitung  
Dr. T. Andor, gschf. u. therap. Leitung

Fachbereich Psychologie  
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. Daher möchten wir Ihnen gerne ein Gespräch in unserer Sprechstunde anbieten. 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 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.

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

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt auf dem Postweg an uns zurück. 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. 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: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre  
Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon fest: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Wann sind Sie werktags telefonisch erreichbar? \_\_\_\_\_

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

**Berufsklasse:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss      | <input type="checkbox"/> Leitende(r) Angestellte(r)/ Leitende(r) Beamte(r)      |
| <input type="checkbox"/> Schüler(in)               | <input type="checkbox"/> Selbständige(r)/Freiberufler(in) ohne Leitungsfunktion |
| <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)          | <input type="checkbox"/> Selbständige(r)/Freiberufler(in) mit Leitungsfunktion  |
| <input type="checkbox"/> Student(in)               | <input type="checkbox"/> Hausmann/Hausfrau                                      |
| <input type="checkbox"/> Arbeiter(in), ungelernt   | <input type="checkbox"/> Wehrdienstleistende(r)/Zivildienstleistende(r)         |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter(in)          | <input type="checkbox"/> Andere: _____  |
| <input type="checkbox"/> Angestellte(r), Beamte(r) |   |

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

Derzeit (überwiegend) ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

- Ausbildung/Studium (bitte mit Fach und ca. Semesterzahl): \_\_\_\_\_
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> derzeit voll berufstätig  | <input type="checkbox"/> arbeitslos       |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit                  | <input type="checkbox"/> Rentner(in)      |
| <input type="checkbox"/> derzeit nicht berufstätig | <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:**

- weiblich                       männlich                       divers/ weiteres

**Familienstand:**

- ledig, ohne Partnerschaft                       verheiratet, getrennt lebend  
 ledig, in Partnerschaft                       geschieden  
 verheiratet, zusammenlebend                       verwitwet

**Lebenssituation:**

- allein lebend                       mit Partner(in) und mit Kind/Kindern  
 mit Elternteil                       mit Freunden/Bekanntnen  
 allein mit Kind/Kindern                       betreutes Wohnen  
 mit Partner(in)                       mit sonstigen Personen

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

Geburtsjahre u. Geschlecht (m, w) der Kinder: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Staats-**

**angehörigkeit:**                       deutsch  
 andere: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**Muttersprache(n):**

deutsch  
 andere: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

Wenn "andere": Wie schätzen Sie Ihre deutschen Sprachkenntnisse ein?

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

**Religionszugehörigkeit:**

- römisch-katholisch                       keine  
 evangelisch                       andere: \_\_\_\_\_  
 muslimisch

**Höchster erreichter Schulabschluss:**

- kein Abschluss                       Polytechnische Oberschule  
 Grund-/Primarschulabschluss                       Fachabitur  
 Sonder-/ Förderschulabschluss                       Abitur  
 Volksschulabschluss                       Fach(hoch)schulabschluss  
 Hauptschulabschluss                       Universitätsabschluss  
 Realschulabschluss                       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.	Haben Sie in Ihrem Leben traumatische oder belastende Erfahrungen gemacht, unter deren Folgen Sie heute noch leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Leiden Sie unter wiederholten, beunruhigenden und ungewollten Erinnerungen oder Träumen an die belastende Erfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Versuchen Sie, Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle in Bezug auf die belastende Erfahrung zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Machen Sie sich häufig Sorgen über das Aussehen eigener Körperteile, die Sie als unattraktiv einschätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Sorgen über Ihr körperliches Aussehen belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Verbringen Sie mindestens eine Stunde pro Tag damit, über Ihre hässlichen oder besonders unattraktiven Körperteile oder -regionen nachzudenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	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"/>
11.	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"/>
12.	Nehmen diese Gedanken, Drängen oder Bilder bzw. die durchgeführten Handlungen mind. eine Stunde pro Tag in Anspruch oder fühlen Sie sich 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 PTA-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: 0,95 €                      oder

- als Großbrief im DIN A4- oder DIN A5-Umschlag: 1,55 €

---

## Einwilligung und entsprechende Datenschutzerklärung (gem. Art 13 DSGVO)

Projekt/Anlass: Kontaktierung für passende Studienangebote

---

Liebe Patientin, lieber Patient,  
als Einrichtung der Universität Münster übernimmt die Psychotherapie-Ambulanz (PTA) auch Forschungsaufgaben und führt Studien durch z.B. um die Eignung neuer Fragebögen oder die Wirksamkeit neuer Interventionen wissenschaftlich zu prüfen.

Um diese Untersuchungen durchführen zu können, benötigen wir stets Personen, die bereit sind, daran teilzunehmen. An dieser Stelle möchten wir Sie daher fragen, ob Sie uns ihre Einwilligung erteilen, dass wir Sie bzgl. für Sie passender Studien kontaktieren und über diese informieren dürfen. Die Einwilligung ist freiwillig und keine Voraussetzung für eine Therapie in der Psychotherapie-Ambulanz. Sie können Ihre Einwilligung in die Kontaktaufnahme für Studien jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Wenn Sie einer Kontaktaufnahme zustimmen, werden Sie von MitarbeiterInnen der Psychotherapie-Ambulanz kontaktiert, die Ihnen genauere Informationen über die jeweilige Studie geben. Sie können dann in Ruhe entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen wollen oder nicht.

### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Datenschutzrechtlich Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Psychotherapie-Ambulanz am Fachbereich 07, Psychologie und Sportwissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität, betrieben von der Universität Münster und dem „Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung Münster (IPP Münster GmbH)“. Beide Stellen verarbeiten Daten auf Grundlage eines gemeinsamen Vertrages zur Datenverarbeitung, gemeinsam.

Westfälische Wilhelms-Universität Münster (WWU)  
vertreten durch den Rektor,  
Prof. Dr. Johannes Wessels,  
Schlossplatz 2, 48149 Münster  
Tel.: + 49 251 83-0  
[verwaltung@uni-muenster.de](mailto:verwaltung@uni-muenster.de)

IPP Münster GmbH  
vertreten durch den Geschäftsführer,  
Dr. Fabian Andor,  
Schorlemerstraße 26, 48143 Münster  
Tel.: + 49 251 162 45 687  
[andor@ipp-muenster.de](mailto:andor@ipp-muenster.de)

### 2. Name und Anschrift der Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte der Universität Münster: Nina Meyer-Pachur, Schlossplatz 2, 48149 Münster, Tel.: +49 251 83-22446, E-Mail: [datenschutz@uni-muenster.de](mailto:datenschutz@uni-muenster.de)

Datenschutzbeauftragter des IPP Münster: Michael Schröder, Verimax GmbH, Warndtstr. 115, 66127 Saarbrücken, Tel. +49 89 8006578-0, E-Mail: [michael.schroeder@verimax.de](mailto:michael.schroeder@verimax.de)

### 3. Datenverarbeitung im Rahmen der Kontaktaufnahme für wissenschaftliche Studien

#### a) Umfang der Datenverarbeitung

Im Falle Ihrer Einwilligung verarbeiten wir folgende Daten:

1. Vorname, Nachname
2. Geburtsdatum
3. Telefonnummer (ggf. Email-Adresse)
4. Angaben zu ihrem persönlichen Anliegen aus der Sprechstunde
5. Ggf. Verdachtsdiagnose, die in der Sprechstunde gestellt wurde

#### b) Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer oben genannten personenbezogenen Daten dient dazu, im Falle einer inhaltlichen Passung ihres Anliegens/der gestellten Verdachtsdiagnose und eines unserer aktuellen wissenschaftlichen Forschungsprojekte, Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können. Die oben genannten personenbezogenen Daten werden dabei sowohl verwendet, um die Passung zu überprüfen, als auch, um Kontakt zu Ihnen aufzunehmen.

c) Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer oben genannten personenbezogenen Daten durch die WWU ist Ihre Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO).

#### 4. Empfänger ihrer personenbezogenen Daten

Ihre oben genannten personenbezogenen Daten, werden an folgende Empfänger weitergegeben:

Empfänger innerhalb der WWU & des IPP: MitarbeiterInnen der Psychotherapie-Ambulanz, MitarbeiterInnen der Arbeitseinheit klinische Psychologie

Empfänger außerhalb WWU & IPP: keine

#### 5. Speicherung der Daten

Ihre oben genannten personenbezogenen Daten werden im Falle Ihrer Einwilligung zu diesem Zweck nur so lange verarbeitet, wie sie für die oben genannten Zwecke benötigt werden. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, dürfen sie für diesen Zweck nicht mehr verwendet werden und werden gelöscht, wenn keine rechtliche Grundlage aufgrund eines anderen Zweckes (z.B. Behandlungsvertrag) besteht.

#### 6. Ihre Rechte

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre von der WWU verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), ein Recht auf Berichtigung Ihre personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO), ein Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und ein Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Außerdem haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzulegen. Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

---

#### Einwilligungserklärung

Mit Ihrer Einwilligung erklären Sie, dass wir Ihre oben unter 3.a) genannten personenbezogenen Daten erheben und weiterverarbeiten dürfen für die unter 3.b) genannten Zwecke. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber dem Verantwortlichen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Ich bin über den Umfang und Zweck der Datenerhebung und Datenverarbeitung sowie über mein Widerrufsrecht informiert worden und habe alles verstanden. Ich hatte genügend Zeit für die Entscheidung. Eine Kopie der Datenschutz- & Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

- Hiermit willige ich ein.
- Ich möchte in der Sprechstunde noch einmal darüber sprechen, bevor ich mich entscheide ob ich eine Einwilligung gebe.
- Ich möchte keine Einwilligung geben

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Vor- Nachname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Einwilligende/r)