



PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE

Dipl.- Psychologe NILS CHRISTOPH HANTEL
Psychologischer Psychotherapeut (VT)
Behrensstr. 17, 44623 Herne
Homepage: psychotherapie-herne.com

Tel.: 02323 9590172
Tel. Sprechzeiten: Mo., Mi., Do.: 9.00 – 12.30 Uhr

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Diese Informationen sollen uns helfen, das Erstgespräch sowie die nachfolgende diagnostische Untersuchung entsprechend Ihrer individuellen Situation zu planen und durchzuführen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst genau und vollständig aus. Bitte beantworten Sie dabei jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende vorgegebene Antwortmöglichkeit an. Wenn Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand oder auf der Rückseite ergänzen. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben.

Sämtliche Angaben werden in unserer Praxis selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte lassen Sie uns den Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben so bald wie möglich zukommen.

Sie können uns den Fragebogen postalisch zusenden, direkt in unseren Praxisbriefkasten werfen oder ihn montags, mittwochs und donnerstags in der Zeit von 09.00 bis 12.30 Uhr persönlich in der Praxis abgeben.

Um auf die Warteliste zu gelangen, unterschreiben Sie bitte hier:

Ich interessiere mich für die Behandlung in der Praxis für Psychotherapie Dipl.- Psych. Nils Chr. Hantel und bitte Sie, mich auf die Warteliste zu setzen und mich für die Terminsprechstunde vorzumerken.

Datum: _____ Unterschrift: _____

EINGANGSFRAGEBOGEN

ANGABEN ZU IHRER PERSON

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer, unter der wir Sie tagsüber erreichen können: _____

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Familienstand: ledig, verheiratet, getrennt,
 geschieden, verwitwet, in fester Beziehung lebend

Haben Sie Kinder?: ja, nein

Wenn ja, wie viele und wie alt sind Ihre Kinder? _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Krankenkasse: gesetzlich versichert, privat versichert

Angaben zu Ihrem Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Angaben zu Ihrem Psychiater/Neurologen

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Haben Sie eine psychosomatische REHA geplant? ja, nein

oder haben Sie eine solche REHA bereits durchgeführt? ja, nein

Haben Sie bereits einen Rentenantrag gestellt? ja, nein

Liegen oder lagen bei Ihnen körperliche Erkrankungen vor?: ja, nein

ERKRANKUNG/ DIAGNOSE	ZEITRAUM/ SEIT WANN?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

1. Gab es jemals eine Zeit, in der Sie nahezu jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt waren oder kein Interesse, bzw. keine Freude mehr an Dingen hatten, die Ihnen sonst Freude bereitet haben?

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Zustände bei Ihnen auftraten:

SYMPTOME	FRÜHER	AKTUELL
1. deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. verminderter oder gesteigerter Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Verlangsamung der Bewegung oder des Sprechens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Müdigkeit oder Energieverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gefühl der Wertlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wiederkehrende Gedanken an den Tod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Selbstmordgedanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Selbstmordversuche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich so übermäßig gut fühlten, dass andere dachten, es sei etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten? ja, nein
3. Haben Sie in Ihrem Leben jemals unter einem Angstanfall gelitten, bei dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder starke Angst hatten? ja, nein

Wann trat die Angst zuletzt auf (Zeitraum, Dauer der Angst)?:

4. Haben Sie in Ihrem Leben jemals Angst gehabt, allein das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren? ja, nein
-

5. Fühlen Sie sich in sozialen Situationen (z.B. Verabredungen, mit Autoritätspersonen sprechen, Partys) oder Leistungssituationen (Prüfungen, Sprechen vor mehreren Menschen) in denen Sie von anderen beobachtet werden könnten ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt? Wenn ja, in welchen Situationen?
-

Vermeiden Sie solche Objekte, Situationen und Themen, die bei Ihnen Angst erzeugen?

ja, nein

6. Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie z.B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder Höhen? ja, nein

7. Waren Sie in den letzten Monaten an der Mehrzahl der Tage sehr besorgt, angespannt oder nervös bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten? ja, nein

Wenn ja, welche Sorgen/Dinge?

Ist es schwierig, diese Sorgen zu beenden, bzw. drängen sich diese auf, wenn Sie sich auf etwas konzentrieren wollen? ja, nein

8. Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die Ihnen -zumindest anfänglich- lästig oder unsinnig erschienen und immer wieder kamen auch wenn Sie es gar nicht wollten? Z.B. die Vorstellung sich zu beschmutzen, oder zu infizieren, je-

mandem Gewalt anzutun, oder ein andauerndes Grübeln darüber etwas Schlimmes könne passieren? ja, nein

Wenn ja: Beschreiben Sie die Gedanken bitte: _____

9. Sind Ihnen schon einmal extrem schreckliche Dinge zugestoßen, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (Katastrophe, Unfall, Überfall, Folter, Opfer von Gewalt) oder haben Sie zusehen müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wurde, oder ist etwas derartiges einer Ihnen nahestehenden Person passiert? ja, nein

Wenn ja, durchleben Sie den Schrecken dieser Ereignisse in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken, die Sie nicht loswerden können immer wieder aufs Neue oder geraten Sie durcheinander wenn Sie etwas an diese Ereignisse erinnert? ja, nein

10. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun oder denken mussten, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben oder weil Sie glauben, dadurch ein mögliches Unheil zu verhindern? ja, nein

Wenn ja: Beschreiben Sie die Handlungen/Gedanken bitte: _____

11. Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden? ja, nein

Wenn nein: aus welchem Grund?

12. Gab es jemals eine Zeit, in der Sie weniger wogen, als Sie nach Meinung anderer wiegen sollten oder in der Sie stark abgenommen haben? ja, nein

Wie viel wogen Sie da? _____kg Wie groß sind Sie? _____cm

Wie viel wiegen Sie aktuell? _____kg

Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel aßen und das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können? ja, nein

Wenn ja, führten Sie nach solchen Essanfällen Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen? ja, nein

Wenn, ja welche Maßnahmen: _____

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

ja, nein

Wenn ja, wo liegt diese Grenze? _____ kg

Was tun Sie, um nicht zuzunehmen? _____

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

Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag an dem Sie Alkohol trinken? _____

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

Wenn ja: wie viel Alkohol haben sie da getrunken? _____

14. Haben Sie jemals irgendwelche Drogen genommen? ja, nein

Wenn ja: welche, wann, über welchen Zeitraum? _____

Haben Sie Probleme damit, dass Sie ein Verhalten übermäßig (suchthaft) zeigen und Ihnen oder/und Ihrer Umgebung dadurch Leid entsteht? ja, nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte das zutreffende Verhalten an:

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Internetgebrauch Computerspielen | <input type="radio"/> Geldausgeben | <input type="radio"/> Fernsehen |
| <input type="radio"/> Glücksspiel | <input type="radio"/> sexuelle Aktivität | <input type="radio"/> Sonstiges: |

15. Haben Sie irgendwann einmal Dinge gehört (z. B. Geräusche oder Stimmen) oder Dinge gesehen, die andere Menschen nicht wahrnehmen konnten? ja, nein

Wenn ja: beschreiben Sie bitte: _____

16. Sind Sie unsicher im Hinblick auf Ihre persönliche Identität? ja, nein

Gehen Sie häufig sehr intensive, aber „schwierige“ Beziehungen ein? ja, nein

Erleben Sie häufig auftretende Episoden von äußerst unangenehmer, innerer Anspannung, ohne dass Sie diese weiter zuordnen können? ja, nein

Zeigen Sie impulsives Verhalten (z. B. rücksichtsloses Fahren, selbstverletzendes Verhalten)? ja, nein

Kam es schon einmal vor, dass Sie einem anderen Menschen gegenüber gewalttätig wurden oder sich nur schwer davon abhalten konnten, gewalttätig zu werden?

ja, nein

Informationen für die Terminsprechstunde

Im Rahmen unserer psychotherapeutischen Sprechstunde haben Sie die Möglichkeit eine erste diagnostische Abklärung bezüglich des Vorliegens einer psychischen Störung durchführen zu lassen.

Die Ergebnisse der diagnostischen Einschätzung sind dann Gegenstand unserer Patientenberatung hinsichtlich des individuellen Behandlungsbedarfs und/oder anderer Behandlungsempfehlungen.

Im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde

- werden Sie entweder von uns an eine geeignete Stelle weiterverwiesen (u.a. Beratungsstellen, Angebote der Selbsthilfe, andere Psychotherapeuten, Psychiater, Krankenhäuser)
- erfolgt bei Kapazität und Bedarf eine psychotherapeutische Akutbehandlung in unserer Praxis (zeitlich begrenztes Behandlungsangebot, um Patienten kurzfristig psychisch zu stabilisieren und akute Krisen zu bewältigen. Die psychotherapeutische Akutbehandlung kann kurzfristig nach der psychotherapeutischen Sprechstunde eingeleitet werden)
- **werden Sie, wenn Sie dies möchten, auf unsere Warteliste aufgenommen, bis wir Ihnen einen entsprechenden freien Therapieplatz für eine Einzeltherapie, eine kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie oder Gruppenpsychotherapie in unserer Praxis anbieten können.**

Unsere Sprechzeiten

- nur nach persönlicher oder telefonischer Terminvereinbarung-

Montag, Dienstag und Donnerstag: 7.30 – 14.10 Uhr

Mittwoch: 7.30 – 16.10 Uhr

Freitag: 7.30 – 12.00 Uhr

Vereinbarungen für die Terminsprechstunde, Akutpsychotherapie und Probatorik

Unsere Praxis arbeitet nach dem Bestellprinzip, d. h. wir reservieren im Sprechstundenzeitraum die erforderlichen Sprechstunden. Diese finden zu mit Ihnen fest vereinbarten Zeiten statt. Versäumte Sprechstunden können der Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt werden, sie müssen vom Mitglied selbst bezahlt werden. Diese Rechnungen sind auch nicht bei der Krankenkasse erstattungsfähig. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie, uns dies so früh wie möglich mitzuteilen.

Bei Absagen später als 24 Stunden vor dem Termin oder bei Nicht-Erscheinen - gleich aus welchen Gründen, auch bei Krankheit - berechnen wir die Sitzung privat, da wir diesen Termin so kurzfristig nicht neu besetzen können. Die Rechnungsstellung erfolgt über die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) Westfalen-Süd.

Die PVS wurde von uns mit der Übernahme der Rechnungsstellung beauftragt, um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten zu haben.

Für die Rechnungserstellung benötigt die PVS neben Anschrift, Geburtsdatum und Kostenträger, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen. Alle diese Daten werden von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) Westfalen-Süd vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 STGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen. Mit der Weitergabe der oben genannten Daten für diese und zukünftige Behandlungen an die PVS, sowie mit der Geltendmachung des Rechnungsbetrages erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden. Ihre Einwilligung können sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Für gesetzlich Versicherte gilt: Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen, die die Krankenkassen des Patienten zum Zeitpunkt des Ausfalls bezahlt. Die derzeitigen Kassensätze sind dem aktuellen Gebührenkatalog (EBM) zu entnehmen. Für Privatversicherte gilt: Als Ausfallhonorar ist das gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) vereinbarte Honorar je Einzelstunde (100.55 €) zu entrichten.

Sie erreichen uns telefonisch montags, mittwochs und donnerstags zwischen 09.00 Uhr und 12.30 Uhr. Sie können zu diesen Zeiten auch persönlich vorbeischauen, um Termine zu vereinbaren. Die gegenseitige Verlässlichkeit ist uns sehr wichtig.

Wir bemühen uns, dass Sie in unserer Praxis nicht lange warten müssen. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, können wir in dieser Zeit keine anderen Patienten behandeln. Deswegen bitten wir Sie die vereinbarten Termine einzuhalten und diese nur bei schwerwiegenden Gründen abzusagen.

Ich habe die oben genannten Vereinbarungen zu Kenntnis genommen und stimme ihnen zu.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)

Unterschrift (Therapeut)