

## Eingangsfragebogen

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 helfen uns, 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**.

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt an unsere Anschrift zurück. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Ich interessiere mich für eine Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik GmbH und bitte Sie, mit mir Kontakt aufzunehmen.

Datum: ..... Unterschrift: .....

**Christoph-Dornier-Klinik GmbH**  
Tibusstraße 7 – 11  
48143 Münster  
Telefon 0251 / 4810-0  
Telefax 0251 / 4810-144  
Info@christoph-dornier-klinik.de  
www.christoph-dornier-klinik.de

**Ärztliche Leitung**  
Dr. med. Yoojeong Lee  
Dr. med. Johannes Kriete

Mit Beteiligung und Unterstützung des  
Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP e.V.

**Psychologisch-Psychotherapeutische Leitung**  
Dr. rer. nat. Annuschka Eden  
Dipl.-Psych. Vera Frühauf

**Geschäftsführung**  
Margherita Dornier

Amtsgericht Münster  
HRB 3945  
USt-IdNr.: DE157320915

## Teil 1: Angaben zur Person

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_
2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
3. Geschlecht:  m  w  d
4. Familienstand: \_\_\_\_\_
5. Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Kontaktmöglichkeiten:  
privat: \_\_\_\_\_  
dienstl.: \_\_\_\_\_  
mobil: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_
- Unter welcher der o.g. Nummern könnte auch eine Nachricht hinterlassen werden?  
\_\_\_\_\_
7. Krankenkasse:  gesetzlich  privat  
Name und Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Versichertennummer: \_\_\_\_\_
8.  beihilfeberechtigt  
Name und Anschrift der Beihilfestelle: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Beihilfenummer: \_\_\_\_\_
- private Zusatzversicherung  
Name und Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Schulabschluss: \_\_\_\_\_
10. Ihr derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_

## Teil 2: Angaben zu Ihrer Gesundheit

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angststörungen (auch Paruresis)  | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörungen               |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen  | <input type="checkbox"/> ADHS   |
| <input type="checkbox"/> Depression   | <input type="checkbox"/> Rückfall bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ess-Störungen  | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                                    |
| <input type="checkbox"/> Asperger-Syndrom, wenn ja, wo und wie wurde die Diagnose gestellt:<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Schmerzen  |
|   | <input type="checkbox"/> Partner- und Sexualprobleme                        |
|   | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____                                   |

12. Beschreiben Sie nun bitte in eigenen Worten Ihre *Hauptprobleme*, wegen derer Sie eine Behandlung bei uns wünschen:

---



---



---

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

---



---



---

14. Sind Sie aktuell durch diese Erkrankungen stark belastet und eingeschränkt?

nein     ja

15. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten, z. B. gegen bestimmte Nahrungsmittel, Inhaltsstoffe oder Arzneimittel bekannt?

Wenn ja, welche:

gesichert / festgestellt durch:

---



---

16. Geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen Ihrer *derzeitigen* behandelnden Psychotherapeuten und Ärzte an:

Name

Anschrift

Telefon

---



---



---

17. Wegen welcher Diagnosen waren Sie bisher in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung?

---



---

18. 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?

---



---



---

19. 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 ?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

20. Nehmen Sie Medikamente zur Beruhigung ein?  nein  ja

Wenn ja, welche u. in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

21. 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 der Christoph-Dornier-Klinik 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

##### Panik

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.

22. 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? \_\_\_\_\_

23. 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.)?

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

### Paruresis

24. Haben Sie gelegentlich Schwierigkeiten in der Anwesenheit anderer Menschen zu urinieren und fühlen sich dadurch eingeschränkt?  nein  ja

### Generalisierte Ängste

25. Machen Sie sich übermäßige Sorgen?  nein  ja

26. Bitte listen Sie hier die Themen auf, über die Sie sich am häufigsten übermäßig und unkontrollierbar Sorgen machen:

a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

e. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_

### Angst vor dem Erbrechen (Emetophobie)

27. Haben Sie häufig Angst, sich selbst zu übergeben (unabhängig davon, ob alleine oder in der Anwesenheit anderer), oder dies bei anderen miterleben zu müssen?

nein  ja

### Zwang

28. 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?

nein  ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Gedanken bitte:

---

---

---

29. 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?

nein  ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Handlungen bitte:

---

---

---

## Depressionen

30. 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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle                      |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit                    | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust              |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf                    | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit           |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein                   | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegungen oder des Sprechens           | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken                 |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit oder Energieverlust                             | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch                  |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit                                  |   |

## Suizidalität / Selbstverletzungen

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

nein  ja

32. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt?  nein  ja

Wenn ja, a) Wie? \_\_\_\_\_ b) Wie oft? \_\_\_\_\_

c) In welchem Jahr haben die Selbstverletzungen begonnen? \_\_\_\_\_

d) Wann haben Sie ggf. aufgehört? \_\_\_\_\_

33. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein  ja  öfter wann? \_\_\_\_\_

## Schlaf

34. Haben Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?

nein  ja, beim Einschlafen  ja, beim Durchschlafen

## Schmerzen

35. Gab es Zeiten, in denen Sie über *mindestens sechs Monate* hinweg immer wieder Schmerzen hatten?  nein  ja

36. Empfinden Sie häufig so starke Schmerzen, dass es Ihnen schwer fällt, sich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren?  nein  ja

## Essverhalten

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

38. 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
39. 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?
- nein  ja
40. Führen Sie nach einem Essanfall Maßnahmen wie *Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten* durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen?
- nein  ja
- Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
41. Bemühen Sie sich, Ihr *Körpergewicht* unter einer bestimmten *Grenze* zu halten?
- nein  ja
- Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? \_\_\_\_\_ kg
42. Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### **Belastungen nach traumatischen Erlebnissen (PTSD)**

Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden, eine Katastrophe zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, sexuell bedrängt oder vergewaltigt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird oder zu hören, dass einer Ihnen nahestehenden Person etwas Derartiges zugestoßen ist.

43. Haben Sie jemals irgendeines der Ereignisse aus der obigen Aufzählung erlebt?
- nein  ja (bitte unterstreichen Sie das Ereignis) wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: \_\_\_\_\_
44. Haben Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftreten und Ihnen durch den Kopf gehen, obwohl Sie nicht daran denken wollen?
- nein  ja
45. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern könnten?
- nein  ja

46. Kreuzen Sie bitte an, ob eines oder mehrere der folgenden Symptome nach dem Erlebnis verstärkt aufgetreten sind!

- Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte des Ereignisses zu erinnern  
 Reizbarkeit oder Wutausbrüche  
 Konzentrationsschwierigkeiten  
 Erhöhte Schreckhaftigkeit  
 Ein- oder Durchschlafstörungen

### Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS)

47. Fällt es Ihnen manchmal schwer, Alltagsaktivitäten zu planen und zu organisieren bzw. Dinge zu Ende zu bringen oder einem Gespräch zu folgen, weil Sie so schnell abgelenkt werden?

- nein     ja

48. Erleben Sie im Alltag starke Stimmungsschwankungen oder sind gelegentlich recht reizbar?

- nein     ja

49. Bestehen diese Schwierigkeiten schon seit Ihrer Kindheit?

- nein     ja            wenn ja, seit dem wievielten Lebensjahr: \_\_\_\_\_

### Asperger – Syndrom

50. Haben Sie Schwierigkeiten/Probleme in der sozialen Kontaktgestaltung (z: B. Schwierigkeiten beim Verständnis und bei der Umsetzung sozialer Regeln, Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, mangelnder Wunsch nach sozialem Kontakt?)     nein     ja  
Wenn ja: Welche?

---



---

Familie       Schule       Freundschaft       Arbeitsplatz

51. Haben Sie spezielle Interessen, die sehr zeitintensiv sind? (z: B. Computerspiele)

- nein     ja;    Wenn ja: Welche?

---



---

52. Gibt es Rituale und Routinen, die Sie täglich befolgen müssen? Wie gehen Sie mit Veränderungen dieser alltäglichen Rituale und Routinen um?

---



---

### Alkohol / Drogen

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

---



- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorstellungen über Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Kommunikation / gemeinsame Gespräche               |
| <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung                 | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch / Familienplanung                     |
| <input type="checkbox"/> Freunde und Bekannte               | <input type="checkbox"/> Fehlende Akzeptanz / Unterstützung des Partners    |
| <input type="checkbox"/> Temperament des Partners           | <input type="checkbox"/> Forderungen des Partners                           |
| <input type="checkbox"/> Zuwendung des Partners             | <input type="checkbox"/> Krankheiten / Behinderungen / psychische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Attraktivität                      | <input type="checkbox"/> Umgang mit Alkohol / Medikamenten / Drogen         |
| <input type="checkbox"/> Vertrauen                          | <input type="checkbox"/> Tätlichkeiten                                      |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht                         |   |
| <input type="checkbox"/> Gewährung persönlicher Freiheiten  |   |
| <input type="checkbox"/> Sexualität                         |   |
| <input type="checkbox"/> andere:                            |   |

61. Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden sexuellen Probleme?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende oder zu geringe Erregung | <input type="checkbox"/> Erektionsprobleme        |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> frühzeitiger Samenerguss |
| <input type="checkbox"/> Orgasmusstörungen                 | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____         |

62. **Nur für Frauen:** Sind Sie schwanger?  nein  ja

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

### Weitere Angaben

63. Aktuelle Wohnsituation:

- alleinlebend     mit Eltern     mit Partner/Partnerin     Sonstiges \_\_\_\_\_

64. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig? Bei Jugendlichen: Gibt es Fehlzeiten in der Schule?

- nein     ja    Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_

65. Beziehen Sie Rente?

- nein     ja    Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_

66. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- nein     ja

67. Haben Sie einen Reha-Antrag gestellt?

- nein     ja    Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_

68. Wurde diese Reha genehmigt?

- nein     ja

69. Befindet sich eine Ihnen nahestehende und/oder für Sie wichtige Person momentan oder in absehbarer Zeit in unserer Klinik?

Wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie Sie von der Christoph-Dornier-Klinik erfahren haben. Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen.

Wodurch sind Sie **zuerst** auf die Christoph-Dornier-Klinik aufmerksam geworden?

**Arzt**  .....

.....  
Name, Adresse

**Psychotherapeut**  .....

.....  
Name, Adresse

**Werbeanzeige (wo?)**  .....

**Zeitungsartikel (wo?)**  .....

**Fernsehbeitrag**  .....

**Internet**  .....

wenn „Internet“, wie .....

wurden Sie auf unsere .....

Internetseite aufmerksam? .....

**Ehemalige Patienten**  .....

**Sonstige (welche?)**  .....

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch auf den Seiten 2 – 10 alle Fragen beantwortet haben. Und vergessen Sie Ihre Unterschrift auf der ersten Seite bitte nicht. Schicken Sie den Fragebogen dann an die

Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie  
Tibusstraße 7-11  
48143 Münster

Nach der Auswertung des Fragebogens wird sich einer unserer Therapeuten kurzfristig telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Für dieses Gespräch entstehen Ihnen keine Kosten.

**Datenschutzhinweis:**

Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert und unter strenger Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO) vertraulich behandelt.

Personenbezogene Daten werden von uns erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies zur Durchführung der angebotenen Dienstleistungen erforderlich ist, aber auch, um mit Ihnen den gewünschten Kontakt aufzunehmen oder Ihnen angeforderte Dienstleistungen oder Informationen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus verwenden wir diese Daten für keine anderen Zwecke und geben diese nicht an Dritte weiter.

Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Klinik erhalten Sie auf unserer Homepage im Bereich „Datenschutz“.