



**Zentrum für
Psychotherapie
Stuttgart**

SZVT - Zentrum für Psychotherapie
Psychotherapeutische Ambulanz | Christophstr. 8 | 70178 Stuttgart

**Psychotherapeutische
Ambulanz**
für **Erwachsene,
Kinder und Jugendliche**

Christophstr. 8
70178 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 96 696-61
Fax: 07 11 / 96 696-66
E-Mail: ambulanz@szvt.de
Internet: www.szvt.de

Institutsleitung

Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider

Stellv. Institutsleitung

Dipl.-Psych. Tina Betschinger

Ambulanzleitung

Dipl.-Psych. Leonie Thies

Eingangsfragebogen für Erwachsene

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben bei uns um einen Therapieplatz angefragt. Wie bereits am Telefon angekündigt, senden wir Ihnen heute unseren Eingangsfragebogen. Er 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 einzuschätzen, ob wir Ihnen ein für Sie passendes Therapieangebot machen können. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Aufgrund der sehr hohen Nachfrage führen wir KEINE Warteliste mehr. Wartezeiten von bis zu einem Jahr, die sich beim Führen einer Warteliste ergeben würden, sind nicht sinnvoll, so dass frei werdende Therapieplätze in unserer Ambulanz zeitnah an nachfragende Patienten vergeben werden.

Wenn Sie also nach sechs bis acht Wochen nichts von uns gehört haben, haben wir derzeit keine freien Kapazitäten und können Ihnen leider keinen Therapieplatz anbieten.

In diesem Fall empfehlen wir Ihnen, sich bei Ihrer zuständigen Krankenkasse oder bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (<http://www.arztsuche-bw.de>) zu erkundigen, welche weiteren Therapeuten für Sie in Frage kämen. Sie haben auch die Möglichkeit, sich über das Patiententelefon Medcall der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, erreichbar unter 0711/78753966, bei der Suche unterstützen zu lassen.

Zum Zwecke des Datenschutzes wird nach Ablauf der 8 Wochen Ihr eingesendeter Fragebogen vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Leonie Thies
Leiterin der Ambulanz

Trägerin des SZVT:
mit Sitz in RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH
Kleve
Eingetragenes Amtsgericht Kleve
HRB 8516

USt-Id-Nr.: DE814812734

Geschäftsführer: Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider
Dr. med. Norbert Weißig

Geschäftskonto SZVT: Volksbank Kleverland eG

Kto.-Nr. 20 981 040 [IBAN DE46 3246 0422 0020 9810 40]
BLZ 324 604 22 [BIC GENODED1.KLL]

Geschäftsstelle:

Nassauerallee 75
47533 Kleve
Telefon: 02821 – 895 98 80
Fax: 02821 – 895 99 02
E-Mail: info@rhap.de

Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Straße/Nr.: _____ PLZ /Ort: _____

Auf welchem Wege dürfen wir zur Terminvereinbarung oder für Rückfragen mit Ihnen in Kontakt treten?

Hinweis: Die Datenübermittlung per E-Mail stellt *keinen* sicheren Kommunikationsweg dar und kann möglicherweise von unbefugten Dritten eingesehen werden. (Bitte ankreuzen und die entsprechenden Kontaktdaten angeben)

per Telefon unter folgender/n Nummer/n: _____

per E-Mail unter folgender Adresse: _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet in Beziehung lebend

Kinder: ja nein Wenn ja, wie viele und wie alt? _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Geben Sie bitte Name, Ort und Telefonnummer Ihres Hausarztes an:

Name, Ort _____ Tel. _____

Sind Sie in psychiatrischer/neurologischer Behandlung? Wenn ja, geben Sie bitte Name, Ort und Telefonnummer Ihres Psychiaters/Neurologen an:

Name, Ort _____ Tel. _____

Mein Therapeut sollte:

- männlich sein
- weiblich sein
- das Geschlecht ist mir nicht so wichtig

Die Therapietermine in unserem Haus finden regelmäßig i.d.R. einmal wöchentlich zu einem **festen Termin** von 50 Minuten Dauer (**immer am gleichen Wochentag zur gleichen Uhrzeit**) statt. Bitte geben Sie hier an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihnen zuverlässig möglich ist, den Termin wahrzunehmen.

Wochentag	Vormittags		Nachmittags	
Montag	von	bis	von	bis
Dienstag	von	bis	von	bis
Mittwoch	von	bis	von	bis
Donnerstag	von	bis	von	bis
Freitag	von	bis	von	bis
Samstag	von	bis	von	bis

Bitte beschreiben Sie **in eigenen Worten** ihre Hauptprobleme, wegen derer Sie eine Behandlung bei uns wünschen:

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

Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

Medikament	Dosierung	Seit wann?
------------	-----------	------------

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

Medikament	Dosierung	Wann?
------------	-----------	-------

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

Wo (Name)?	Von wann bis wann?
------------	--------------------

_____	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
_____	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
_____	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
_____	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

Ist aktuell eine (teil-)stationäre Behandlung in einer Klinik geplant oder beantragt?

Wenn ja, wo? _____

Von wann bis wann voraussichtlich? _____

Kam es jemals vor, dass Sie ganz plötzlich einen Ansturm intensiver Angst, Furcht oder Schrecken verspürten? ja nein

Wenn ja, wann war dies zuletzt der Fall? _____

Entstehen diese Gefühle manchmal „wie aus heiterem Himmel“ ohne erkennbaren Grund und nicht in Situationen, in denen Sie erwartet haben, dass sie auftreten? ja nein

Gibt es Situationen oder Tätigkeiten wie z.B. Kaufhäuser, Schlange stehen, Auto fahren, Menschenmengen oder enge geschlossene Räume, in denen Sie Angst haben oder die sie vermeiden? ja nein

Wenn ja, welche Situationen, Tätigkeiten? _____

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? _____

Machen Sie sich ausgeprägte Sorgen darüber, dass Sie etwas tun oder sagen könnten, das Ihnen peinlich sein könnte, oder dass andere schlecht von Ihnen denken könnten? ja nein

Wenn ja, in welchen Situationen? _____

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

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, so dass sie sich aufdrängen, wenn Sie sich auf etwas konzentrieren wollen? ja nein

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? Beispielsweise die Vorstellung sich zu beschmutzen, oder zu infizieren, jemandem Gewalt anzutun, oder ein andauerndes Grübeln darüber etwas Schlimmes könne passieren? ja nein

Wenn ja: Beschreiben Sie die Gedanken bitte: _____

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

Wenn ja: Beschreiben Sie die Handlungen bitte: _____

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 viel bedeutet haben?

ja nein

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 | <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 / des Sprechens | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsgedanken |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Energieverlust | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsversuch |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit | |

Leiden Sie auch gegenwärtig unter dieser niedergeschlagenen, bedrückten Stimmung?

ja nein

Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich so gut oder übermäßig fühlten, dass andere dachten, es sei etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten?

ja nein

Leiden Sie unter Problemen im sexuellen Bereich

ja nein

Wenn ja, welche? _____

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, um durch Ihr Essen nicht zuzunehmen?

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? _____

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 zu dieser Zeit getrunken?

Haben Sie jemals Medikamente (Schmerz-, Abführ-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) in großen Mengen genommen oder häufiger bzw. höher dosiert eingenommen, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen? ja nein

Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich? _____

Haben Sie auch während des letzten Monats Medikamente genommen, die auf Seite 2 nicht genannt wurden? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie jemals irgendwelche Drogen genommen? ja nein

Wenn ja, welche?

Wann?

Über welchen Zeitraum?

Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder (teil)stationärer Behandlung wegen übermäßigem Konsums von Alkohol, Drogen oder Medikamenten? ja nein

Wenn ja: Geben Sie bitte alle diesbezüglichen Behandlungen an und wie lange Sie danach abstinent geblieben sind.

Wo?

Von wann bis wann?

Abstinenzdauer?

(teil)stationär ambulant

(teil)stationär ambulant

(teil)stationär ambulant

(teil)stationär ambulant

Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder Ihrem Selbstbild? ja nein

Zeigen Sie impulsives Verhalten (wie z.B. rücksichtsloses Fahren, selbstverletzende Handlungen, Essanfälle)? ja nein

Erleben Sie häufig auftretende Episoden von äußerst unangenehmer innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können? 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

Datum: _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Allgemeine Informationen zu Psychotherapien am *Zentrum für Psychotherapie Stuttgart*

Das psychotherapeutische Angebot richtet sich an Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die unter psychischen Problemen und Störungen leiden. Wir behandeln alle psychischen Störungen von Krankheitswert, für die es wissenschaftlich entwickelte Therapieansätze der modernen Verhaltenstherapie gibt. Unsere Behandlungsmethoden richten wir stets am neuesten Stand der Psychotherapieforschung aus. Erprobte Behandlungsangebote werden systematisch verbessert und neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt.

Die Behandlungskosten werden bei gegebener Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Unsere Ambulanz ist nach dem Psychotherapeutengesetz zum Zwecke der Ausbildung, Lehre und Forschung ermächtigt. Unsere Therapeutinnen und Therapeuten befinden sich nach dem Abschluss ihres Studiums in einer postgradualen Ausbildung. Alle Therapeuten haben bereits therapeutische Berufserfahrung im stationären und ambulanten Bereich. Die Behandlungen finden unter engmaschiger Supervision (Fachanleitung) durch anerkannte Supervisoren statt, so dass jederzeit eine hohe Behandlungsqualität garantiert ist. Die Supervision ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung von Psychotherapie in unserem Haus. Das Ziel der Supervision ist die Optimierung Ihrer Therapie.

Für die Supervision werden alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video aufgenommen. Diese Aufnahmen dienen der Vorbereitung und Supervision der Psychotherapiesitzungen. Alle an der Supervision Beteiligten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich habe die Informationen zu Psychotherapien am *Zentrum für Psychotherapie Stuttgart* zur Kenntnis genommen:

(Unterschrift)

Sämtliche Angaben werden von uns vertraulich behandelt! Sie stellen die Grundlage für unsere Vorbereitung und die Einladung zu einem Erstgespräch dar, in dem wir mit Ihnen den Therapiebedarf und die formalen Rahmenbedingungen zur Aufnahme einer Therapie eingehend besprechen.

Vielen Dank für die umfassende Auskunft und Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den Fragebogen zurück an: RHAP Beratungs-und Entwicklungs-GmbH
SZVT - Zentrum für Psychotherapie Stuttgart
Psychotherapeutische Ambulanz für Kinder-und Jugendliche
Christophstr. 8
70178 Stuttgart