

## Eingangsfragebogen

Diesen Fragebogen können Sie ausfüllen, wenn Sie Interesse an einer Beratung oder Behandlung in der Psychotherapie-Ambulanz (PTA) des Instituts für Psychologische Psychotherapieausbildung Münster (IPP Münster) haben. Wenn wir den ausgefüllten Fragebogen von Ihnen erhalten, prüfen wir ob bzw. wie wir Ihnen weiterhelfen können. In der Regel laden wir Sie zu einem Sprechstundengespräch ein. Im Rahmen des Erstgesprächs wird individuell mit Ihnen geschaut, ob über das Gespräch hinaus ein weiteres Angebot der PTA IPP Münster oder andere Angebote sinnvoll erscheinen.

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 vorzubereiten und durchzuführen.

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

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.

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt auf dem Postweg an uns zurück. Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren. Wir bemühen uns sehr, Sie möglichst zeitnah zu kontaktieren. In Phasen vermehrter Anfragen kann sich unsere Antwort verzögern.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Fabian Andor  
Psychologischer Psychotherapeut | Leitung

## 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: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  weiblich  männlich  divers  keine Zuordnung  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre  
Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon fest: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_  
Wann sind Sie werktags telefonisch erreichbar? \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:**  Deutsch  
 andere: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**Geburtsland:** \_\_\_\_\_

**Muttersprache(n):**  Deutsch  
 andere: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

Wenn "andere": Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

- keine  fließend  
 Grundkenntnisse  Muttersprachlerniveau  
 fortgeschritten

**Krankenkasse/Versicherung:**

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

gesetzlich  privat nur für Privatversicherte: Beihilfe?  ja  nein

**Handelt es sich um ein Berufsgenossenschaftsverfahren?**  ja  nein  noch offen

**Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen?**  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wohin (Ort): \_\_\_\_\_

Adresse (falls bekannt): \_\_\_\_\_

**Familienstand:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaft, zusammenlebend  | <input type="checkbox"/> unverheiratet, mit Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaft, getrennt lebend | <input type="checkbox"/> geschieden                       |
| <input type="checkbox"/> unverheiratet, ohne Partnerschaft                          | <input type="checkbox"/> verwitwet                        |

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

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

**Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alleine               | <input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten |
| <input type="checkbox"/> mit (Ehe-) Partner*in | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft       |
| <input type="checkbox"/> mit Kind/ Kindern     | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen       |
| <input type="checkbox"/> bei Eltern            | <input type="checkbox"/> Andere: _____          |

**Höchster allgemeinbildender Abschluss:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aktuell Schüler*in   | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (mittlere Reife) |
| <input type="checkbox"/> kein Abschluss       | <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule           |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss | <input type="checkbox"/> Fachabitur                          |
| <input type="checkbox"/> Volksschulabschluss  | <input type="checkbox"/> Abitur                              |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss  | <input type="checkbox"/> anderer                             |

\_\_\_\_\_  
(bitte eintragen)

**Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss   | <input type="checkbox"/> Abschluss einer berufl.-betriebl. Berufsausbildung (Lehre)  |
| <input type="checkbox"/> im Vorbereitungsdienst für den mittl. Dienst der öffentl. Verwaltung | <input type="checkbox"/> Abschluss einer berufl.-schulischen Ausbildung (Berufsfachschule, Kollegschule)                       |
| <input type="checkbox"/> Fach(hoch)schulabschluss   | <input type="checkbox"/> Abschluss einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie / Fachakademie |
| <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss  |  |

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

**Arbeitszeit in beruflicher Tätigkeit:**

- Derzeit nicht berufstätig
- Teilzeit (bis 10h / Woche)
- Teilzeit (mehr als 10h bis 20h pro Woche)
- Teilzeit (mehr als 20h bis 30h pro Woche)
- Teilzeit (mehr als 30h pro Woche)
- Vollzeit berufstätig

**Aktuell krankgeschrieben:**  ja  nein

**Aktuelle Haupttätigkeit:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> arbeitslos   | <input type="checkbox"/> Selbständige*r / Freiberufler*in mit Leitungsfunktion      |
| <input type="checkbox"/> Schüler*in   | <input type="checkbox"/> haushaltsführende Person                                   |
| <input type="checkbox"/> Auszubildende*r  | <input type="checkbox"/> im freiwilligen Wehrdienst                                 |
| <input type="checkbox"/> Student*in   |   |
| <input type="checkbox"/> Arbeiter*in, ungelernt                                     | <input type="checkbox"/> im Bundesfreiwilligendienst/ im Freiwilligen Sozialen Jahr |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter*in  | <input type="checkbox"/> in Mutterschafts-, Erziehungsurlaub oder Elternzeit        |
| <input type="checkbox"/> Angestellte*r/ Beamtin*Beamter                             | <input type="checkbox"/> im Ruhestand   |
| <input type="checkbox"/> Leitende*r Angestellte*r /<br>Beamtin*Beamter              | <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig   |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige*r/ Freiberufler*in<br>ohne Leitungsfunktion | <input type="checkbox"/> Andere: _____  |

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

Falls Studium:

- an der Universität/ Fachhochschule Münster (Fach & ca. Semesterzahl): \_\_\_\_\_
- an anderer Universität/ Fachhochschule (Fach & ca. Semesterzahl): \_\_\_\_\_

## 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/ diesen Problemen?

---

**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)? Welches Therapieverfahren?

---

---

**Vergangene ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlungen:**

Wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? (ggf. Anmerkungen)

---

---

---

**Bisherige stationäre Behandlungen wegen psychischer Probleme:**

Wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? (ggf. Anmerkungen)

---

---

---

---

**TEIL 3: SONSTIGE INFORMATIONEN**

---

**Derzeitige\*r Hausärztin\*Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Derzeitige ambulante psychiatrische Behandlung:**

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Von wem wurden Sie überwiesen bzw. wie bekamen Sie Informationen über die PTA IPP Münster?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärztin*arzt / Allgemeinärztin*arzt                             | <input type="checkbox"/> Andere Klinik                                    |
| <input type="checkbox"/> Fachärztin*arzt für Psychiatrie/ Neurologie/<br>Psychosom. Medizin | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle / and. psychosoziale Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Andere*r Fachärztin*arzt   | <input type="checkbox"/> Kostenträger / Krankenkasse                      |
| <input type="checkbox"/> Psychol. / Ärztl. Psychotherapeut*in                               | <input type="checkbox"/> Andere*r Patient*in                              |
| <input type="checkbox"/> Kinder- & Jugendl. Psychotherapeut*in                              | <input type="checkbox"/> Eigene Recherche                                 |
| <input type="checkbox"/> Andere*r Psycholog*in  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik/ Psychosom. Klinik/ Kurklinik                |   |

**Haben Sie früher schon einmal ein Angebot der PTA IPP Münster in Anspruch genommen?**

- nein
- ja *wenn ja, welches?*  früheres Erstgespräch in der Sprechstunde der PTA IPP Münster
- 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 IPP Münster**

**Schorlemerstr. 26**

**48143 Münster**

---