



## Patientenfragebogen zur psychotherapeutischen Sprechstunde für Jugendliche und junge Erwachsene

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus.

Name der Patientin/ des Patienten

geb. am

Schulabschluss (Jahr)/ Beruf / aktuelle Tätigkeit

### Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden

Bitte schildern Sie kurz Ihre aktuellen Beschwerden, die Sie zur Aufnahme einer Psychotherapie bewegen

Waren Sie bereits oder sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja

Wenn ja:

Verhaltenstherapie

Psychoanalytische PT

Tiefenpsychologisch fundierte PT

Therapieverfahren ist mir nicht bekannt

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name der Praxis/ TherapeutIn: \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits in stationärer psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name der Klinik: \_\_\_\_\_

Nahmen oder nehmen Sie Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch?  Nein  Ja

Wenn ja:

Wann und in welcher Form? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Suizidgedanken?  Nein  Ja Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals einen Suizidversuch begangen?  Nein  Ja Wann/Wie? \_\_\_\_\_

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?  Nein  Ja Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz: \_\_\_\_\_

Wie regelmäßig kommt es vor? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Nein  Ja    Nehmen Sie regelmäßig Drogen?  Nein  Ja

Wenn ja:

Alkohol: Was trinken Sie und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Drogen: Was konsumieren Sie und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Konflikte mit dem Gesetz?  Nein  Ja    Welcher Art? \_\_\_\_\_

Gab es im Leben besondere/belastende Lebensereignisse?

Umzug / Jahr: \_\_\_\_\_

Mobbingverfahrung / Jahr: \_\_\_\_\_

psychische Erkrankung eines Elternteils  
Mutter/Vater? Art der Erkrankung/ Jahr? \_\_\_\_\_

Erfahrung von Gewalt / Jahr: \_\_\_\_\_

(häufige) Schulwechsel / Jahr(e): \_\_\_\_\_

Tod eines Angehörigen / Jahr: \_\_\_\_\_

Trennung der Eltern / Jahr: \_\_\_\_\_

Familiäre Konflikte

Partnerschaftliche Trennung / Jahr: \_\_\_\_\_

Konflikte zwischen den Eltern / seit: \_\_\_\_\_

Sonstige Ereignisse: \_\_\_\_\_

Gehen Sie Hobbies und Interessen nach? Wenn ja, welchen und in welcher Regelmäßigkeit?

So läuft es zu Hause: Beschreiben Sie kurz Ihre Beziehung zu Ihren Eltern (Mutter/Vater)

Angaben zur Familie:

Alter des Vaters: \_\_\_\_\_ Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Alter der Mutter: \_\_\_\_\_ Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geschwister:

m  w  d, Alter: \_\_\_\_\_ Schulbildung: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

m  w  d, Alter: \_\_\_\_\_ Schulbildung: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

m  w  d, Alter: \_\_\_\_\_ Schulbildung: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wie stark fühlen Sie sich in einen Freundeskreis eingebunden/integriert?

Gar nicht

Teils- teils

Sehr gut integriert

Wenig integriert

Gut integriert

In welchen Bereichen benötigen Sie Ihrer Meinung nach Unterstützung?

Beziehung zu Gleichaltrigen

Wohnsituation

Partnerschaft

Finanzielle Probleme

Beziehung zu Eltern

Freizeitgestaltung / Soziale Integration

Schule/ Ausbildung / Beruf / Studium

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Ein Termin zur Sprechstunde ist vor Aufnahme einer Psychotherapie gesetzlich vorgeschrieben (GKV) und dient der Abklärung des Therapiebedarfs. Der Termin zur Sprechstunde ist keine Zusage für einen Therapieplatz.

Ort/ Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten