

Dr.-Medic Sorina Siegle

Fachärztin für Psychiatrie,
Psychotherapie
und Allgemeinmedizin

Senefelderstr.1 (F2)
63110 Rodgau
Germany



Tel: + 49 (0) 61066669119
Fax: + 49 (0) 61066669120

Email: info@praxissiegle.de
<https://www.praxissiegle.de>

Sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte Patientin,

bitte bemühen Sie sich, den Fragebogen ausführlich und gründlich zu beantworten/auszufüllen. Füllen Sie den Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse bitte möglichst ehrlich aus. Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Vor- und Nachname

.....

Geburtsdatum

.....

Handynummer.....

.....

E-Mail.....

.....

Adresse.....

.....

Schulbildung.....

.....

ErlernerBeruf.....

.....

Hausarzt (Name und Adresse)

.....

Datum.....

.....

1. Warum sind Sie heute zu mir gekommen? Welche Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann haben Sie psychiatrische Probleme und bis wann waren Sie gesund?

3. Sind Verwandte in ihrer Familie, welche auch unter psychischen Störungen leiden?
4. Welche Angehörigen sind es und unter welchen Krankheiten leiden sie?
5. Gibt es auch andere Krankheiten, Allergien oder Unverträglichkeiten bei Medikamenten oder Nahrungsmittel, die bei Ihnen bekannt sind? Haben Sie Probleme mit den Nieren oder mit der Leber?
6. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig und bei Bedarf?
7. Konsumieren Sie Alkohol, Beruhigungsmittel oder andere Substanzen mit Suchtpotential? Wie viel Alkohol trinken Sie täglich?
8. Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?
9. Nehmen Sie andere Drogen? Wenn ja, welche?
10. Haben Sie Probleme mit dem Gewicht, achten Sie sehr streng auf Ihre Ernährung oder treiben Sie intensiv Sport? Gewicht....., Größe.....
11. Wo sind Sie geboren? In einer Familie mit wie vielen Kinder? Haben Sie Geschwister?
12. Geburtsdatum der Mutter, Beruf, gute Kontakte zur Mutter? Lebt sie noch, wenn nicht, wann und an was ist sie gestorben?
13. Vater Geburtsdatum, Beruf, guter Kontakt zum Vater? Lebt er noch, wenn nicht, wann und an was ist er gestorben?

14. Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern? Wie lange haben Sie im Elternhaus gelebt?
15. Wie war die Ehe Ihrer Eltern? Welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus?
16. Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft der Mutter oder bei Ihrer Geburt?
17. Gab es in Ihrer Kindheit psychisch bedingten Problemen (Entwicklungsstörung, Ängste, Stottern, Bettnässe)?
18. Gab es in Ihrer schulischen Entwicklung Problemen wie z.B. ADHS, Lernstörung?
19. Kindergartenbesuch in welchem Alter? Rechtzeitig eingeschult? Soziale Kontakte zu den anderen Kindern oder eher als Einzelgänger. Auffälligkeiten? Schullabschluss, Ausbildung, Studium etc.
20. Verheiratet, ledig, alleinerziehend. Wann ist der Partner geboren und welchen Job übt er/sie aus?
21. Wie viele Kinder von der Ehe? (Name und Geburtsdatum)
22. Konflikte in der Familie, mit dem Partner, der Partnerin, mit den Eltern?
23. Traumatisierende Ereignisse?
24. Seit wann in psychiatrische Behandlung und bei welchem Psychiater in Behandlung bis jetzt?

25. Waren Sie in psychiatrische stationäre oder teilstationäre Behandlung? Wann und wo?
26. Wie sind Ihre Stimmung und Ihr Antrieb aktuell, auf einer Skala von 1 bis 5 (1 die beste Schulnote, 5 die schlechteste)?
27. Leiden Sie unter Schlafstörungen? Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?
28. Sind Sie in den letzten Monaten vergesslich geworden? Können Sie sich nicht mehr auf Sachen konzentrieren? Fällt es ihnen schwer im Gespräch zu folgen?
29. Leiden Sie unter Ängste? Angst vor
30. Leiden Sie unter Zwänge?
31. Leiden Sie unter Lebensmüde Gedanken? Seit wann treten Sie diesen Gedanken an?
32. Haben Sie schon Suizidversuche unternommen? Wann?
33. Ist bei Ihnen schon eine EU-Rente beantragt und genehmigt? Befristet /Unbefristet?
34. Gibt es einen Behinderungsgrad?
35. Sind Sie aufgrund psychischer Beschwerden arbeitsunfähig gewesen? Seit wann und durch welchen Arzt sind Sie AU geschrieben?