

PTA IPP Münster | Schorlemerstr.26 | 48143 Münster

Psychotherapie-Ambulanz IPP Münster Leitung Dr. F. Andor

Schorlemerstr. 26 48143 Münster

Sekretariat Tel. +49 251 16245687 Fax +49 251 16245685

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 folg	genden Informationen und Kontakt	tdaten ein, unter denen wir Sie erreichen könn
Heutiges Datum: Name, Vorname: Ggf. Geburtsname:		
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich	☐ divers ☐ keine Zuordnung
Geburtsdatum: Straße/ Nr.: PLZ/Ort:		Alter: Jahre
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 □ keine □ Grundkenntnisse □ fortgeschritten	I Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch? ☐ fließend ☐ Muttersprachlerniveau
Krankenkasse/Versich	erung:	
Name:		
Adresse:		
□ gesetzlich □ pri	vat nur für Privatversicherte:	Beihilfe? □ ja □ nein
Handelt es sich um ein	n Berufsgenossenschaftsverfahren	? □ ja □ nein □ noch offen
Planen Sie, in nächste	r Zeit umzuziehen? □ ja □	nein
Wenn ja, wann?		
Wohin (Ort):		
Adresse (falls bekannt):		



Familien	stand:			
□ verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaf□ verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaf				☐ unverheiratet, mit Partnerschaft☐ geschieden
	unverheiratet, ohne Partnerschaft			□ verwitwet
Wie viele	e Kinder haben Sie? Anzahl der Kinde	r:	(bitte eintr	agen)
Alte	er u. Geschlecht (m, w) der Kinder:		ll	
Wohnsit	uation (Mehrfachantworten möglich):			
	alleine			anderen Verwandten
☐ mit (Ehe-) Partner*in ☐ Wohngemeinschaft		-		
	mit Kind/ Kindern bei Eltern	☐ Betreutes Wohnen		
Ц	DEL CITELLI		LI AIII	dere:
Höchste	r allgemeinbildender Abschluss:			
	aktuell Schüler*in			abschluss (mittlere Reife)
	kein Abschluss		☐ Polytechni	sche Oberschule
	Sonderschulabschluss Volksschulabschluss		☐ Abitur	
	Hauptschulabschluss		□ anderer	
_	Tradptoorialabooriiaoo		L andoror	
			(bitte eintrag	en)
Höchste	r beruflicher Ausbildungsabschluss:			
	ohne Berufsabschluss		Abschluss einer	beruflbetriebl. Berufsausbildung (Lehre)
	im Vorbereitungsdienst für den mittl.			beruflschulischen Ausbildung
_	Dienst der öffentl. Verwaltung	_	•	ule, Kollegschule)
	Fach(hoch)schulabschluss			Fach-, Meister-, Technikerschule,
	Universitätsabschluss		verwaitungs- ui	nd Wirtschaftsakademie / Fachakademie
	erlernter Beruf:			



Arbeitsz	eit in beruflicher Tätigkeit:		
	Derzeit nicht berufstätig Teilzeit (bis 10h / Woche) Teilzeit (mehr als 10h bis 20h pro Teilzeit (mehr als 20h bis 30h pro Teilzeit (mehr als 30h pro Woche) Vollzeit berufstätig	Woche)	
Aktuell k	r ankgeschrieben : □ ja	□ nein	1
Aktuelle	Haupttätigkeit:		
	arbeitslos Schüler*in Auszubildende*r Student*in Arbeiter*in, ungelernt Facharbeiter*in Angestellte*r/ Beamtin*Beamter Leitende*r Angestellte*r / Beamtin*Beamter Selbstständige*r/ Freiberufler*in ohne Leitungsfunktion		Selbständige*r / Freiberufler*in mit Leitungsfunktion haushaltsführende Person im freiwilligen Wehrdienst im Bundesfreiwilligendienst/ im Freiwilligen Sozialen Jahr in Mutterschafts-, Erziehungsurlaub oder Elternzeit im Ruhestand erwerbsunfähig Andere:
Derzeit (überwiegend) ausgeübte Tätigkeit:		
Falls Stud	dium:		
		,	ach & ca. Semesterzahl): & 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?
Bitte bedenken Sie bei Ihrem Anliegen, dass es sich bei der Psychotherapie-Ambulanz des IPP um eine ambulante Behandlungsstelle handelt Im Falle akuter Krisen wenden Sie sich daher bitte stattdessen an den Krisennotdienst der Stadt Münster: LWL-Klinik Münster Tel. 0251 91 555 0, Krisenhilfe Tel. 0251 51 90 05, Telefonseelsorge Tel. 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222.
Aktuelle körperliche Erkrankungen (bitte den Zeitraum angeben):
Medikamente: Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche?
Befinden Sie sich <u>aktuell</u> 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:		Derzeitige ambulante psychiatrische Behandlung:		
Name	e:	Name:		
Adresse:		Adresse:		
Telef	on:	Telefon:		
Von	wem wurden Sie überwiesen bzw. wie bekamen	Sie Informa	ationen über die PTA IPP Münster?	
	Hausärztin*arzt / Allgemeinärztin*arzt		Andere Klinik	
	Fachärztin*arzt für Psychiatrie/ Neurologie/ Psychosom. Medizin		Beratungsstelle / and. psychosoziale Einrichtung	
	Andere*r Fachärztin*arzt		Kostenträger / Krankenkasse	
	Psychol. / Ärztl. Psychotherapeut*in		Andere*r Patient*in	
	Kinder- & Jugendl. Psychotherapeut*in		Eigene Recherche	
	Andere*r Psycholog*in Psychiatrische Klinik/ Psychosom. Klinik/ Kurklinik		Sonstiges:	
Gibt	es sonst noch etwas, das Ihnen wichtig erschei		raining, Kurzberatung, Diagnostik) ber noch nicht erwähnt wurde?	
	lanken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens. E en beantwortet haben. Senden Sie dann den Fragel	•		
Scho	chotherapie-Ambulanz IPP Münster orlemerstr. 26 3 Münster			