



## Fragebogen

Die Adula-Klinik ist eine Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Wir behandeln seelische und körperliche Störungen und können Ihnen helfen, Lösungsmöglichkeiten zur Überwindung dieser Störungen zu finden. Dabei ist jedoch Ihre eigene Mitwirkung erforderlich. Bei der Vorbereitung Ihrer Behandlung können Sie uns schon jetzt helfen, indem Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und ausführlich beantworten:

### Allgemeine Informationen

heutiges Datum: .....

Name: .....Vorname .....

Geburtsdatum: .....Alter: .....

Telefon am Arbeitsplatz: .....Telefon privat: .....

Telefon mobil.....E-Mail.....Fax.....

Straße: ..... PLZ: .....Ort: .....

Krankenversicherung: ..... in: ..... Tel.: .....

Zusatzversicherung: .....

Rentenversicherung: DRV Bund  DRV Land  sonstige.....

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin: .....Behandelnde(r) Psychotherapeut/-in:

Name: .....Name: .....

Straße: .....Straße: .....

PLZ, Ort: .....PLZ, Ort: .....

Tel.: .....Tel.: .....

Beruf bzw. derzeitige Tätigkeit oder Ausbildung: .....

Krankgeschrieben seit: .....wegen: .....

derzeit arbeitslos seit: .....Bezieher von Sozialhilfe: ja  nein

Rentenantrag gestellt am: .....berentet seit: .....

### Fragen

1. Auf Grund welcher im Vordergrund stehenden Schwierigkeit streben Sie einen Aufenthalt in unserer Klinik an?

---

---

2. Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für die Arbeit in unserer Klinik? Bitte formulieren Sie diese möglichst konkret!

---

---

---

3. Haben Sie sich schon über unser Behandlungskonzept, insbesondere über die Therapeutischen Vereinbarungen informiert?

---

4. Können Sie sich vorstellen, diese Vereinbarungen einzuhalten?

---

5. Wo erwarten Sie für sich die meisten Schwierigkeiten?

---

---

---

6. In welcher Partner-/Familiensituation leben Sie derzeit?

---

---



# Fragebogen

7. An welchen schweren oder chronischen **körperlichen** Erkrankungen leiden Sie?

---

---

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan? Menge? Seit wann?

---

---

9. Welche Medikamente haben Sie in den letzten 5 Jahren eingenommen? Menge? Wie lange?

---

---

10. Beschreiben Sie Art, Menge und Dauer des von Ihnen konsumierten Alkohols:

---

---

11. Sehen Sie Probleme in Ihrem Essverhalten (z.B. Fressanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Appetit-  
zügler)? Beschreiben Sie das bitte!

---

---

---

Körpergröße: ..... cm                      derzeitiges Gewicht: ..... kg

12. Rauchen Sie?                      ja / nein                      Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag: .....

13. Haben Sie schon einmal Drogen eingenommen? Welche? Zeitraum? Menge?

---

---

---

14. Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken? Wann zuletzt?

---

---

15. Haben Sie schon versucht, sich umzubringen? Wann? Auf welche Art?

---

---

16. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung, bzw. in Entzugs- und  
Entwöhnungsbehandlung?

ambulant/stationär

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

17. Besuchen Sie Selbsthilfegruppen, wenn ja, welche und seit wann?

---

---

18. Haben Sie laufende Rechtsstreitigkeiten? Wenn ja, welche?

---

---

19. Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam?

---



## Fragebogen

### Weitere Fragen zum Ankreuzen

Die folgenden Fragen brauchen Sie nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten. Es kann sein, dass keine oder nur wenige dieser Fragen Ihre persönliche Situation berühren. Dann lassen Sie sich davon bitte nicht irritieren. Vielen Dank!

Bitte machen Sie nur ein Kreuz in die dafür zutreffende Spalte!!

	Ja	Nein
1. Haben Sie in den letzten Jahren sehr oft die Arbeit gewechselt, oder mehrfach eine Ausbildung begonnen, die Sie dann nicht beendet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie durch Ihre persönlichen Schwierigkeiten bisher in Ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Laufbahn weit unter Ihren Möglichkeiten geblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt? z. B.		
Haare ausgerissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blutig gekratzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbst verbrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Schwierigkeiten mit		
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind Sie verzweifelt über den dauerhaften Wechsel und die Austauschbarkeit von Ängsten, Zwängen oder Süchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie fast ständig ein schier unerträgliches Gefühl von Einsamkeit oder innere Leere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Spüren Sie häufig einen abgründtiefen Selbsthass, so dass Sie an Ihrem Recht zweifeln, überhaupt zu existieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spüren Sie oft eine Kränkung oder einen Ärger gar nicht und explodieren hinterher gegenüber einer anderen Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Erleben Sie Ihre Angst als Panik bzw. haben sie Sorge, dass Ihre mörderische Wut außer Kontrolle gerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie manchmal das Gefühl		
auseinanderzufallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich aufzulösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder zu erstarren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kennen Sie den Zustand, dass Sie etwas tun, nur um zu spüren, dass Sie da sind? z. B.		
irgend etwas machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiterreden, um sicher zu sein, dass Sie existieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich selbst verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas Aggressives tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben oder hatten Sie merkwürdige Erlebnisse, die Sie sich nicht erklären können? z. B.		
merkwürdige Geräusche, Bilder oder Gestalten tauchen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jemand beobachtet, kontrolliert oder beeinflusst Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere merkwürdige, unbeschreibliche Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ist es Ihre Erfahrung, dass Sie sich in engen Beziehungen mit einem schnellen Wechsel von starken Gefühlen erleben, wie z. B.		
zerstörerische Wut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
panische Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
totales Ausgeliefertsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Brechen Sie immer wieder Kontakte zu Menschen ab, die Ihnen zuerst großartig erscheinen, vielleicht, weil diese einen Fehler gemacht oder Sie enttäuscht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Können sie Ihre wichtigsten Bezugspersonen indirekt dazu bringen, das zu tun, was Sie wünschen? Indem Sie z. B.		
Schmerzen vorgeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Worten provozieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Handlungen provozieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich aus dem Kontakt ziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>