

Dr. med. Matthias Israel

Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie
Sozialmedizin

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Alter:

Lebensgeschichtliches Interview

Liebe Patientinnen und Patienten!

Sie haben sich für eine Psychotherapie entschieden. Bevor wir unseren gemeinsamen Weg beginnen, möchte ich mir zur Vorbereitung unserer Gespräche gern ein umfassendes Bild Ihres bisherigen sowie gegenwärtigen Lebens machen. Hierfür bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Damit ich Ihre Schwierigkeiten besser verstehen kann, versuchen Sie bitte, alle Fragen gründlich aus Ihrer im Moment gültigen Sicht zu beantworten. Sie können dies gern auch in Stichworten tun.

Der Fragebogen enthält auch sehr persönliche Fragen. Bitte antworten Sie auf diese immer nur insoweit Sie bereits Vertrauen in unsere therapeutische Beziehung gewonnen haben.

Ihre Angaben werden in jedem Fall streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Anlass Ihres Kommens

Welche **Schwierigkeiten** bei der Lebensbewältigung (privat/beruflich) bzw. **Beschwerden** (körperlich / seelisch) haben Sie zu mir geführt?

.....
.....
.....
.....

Unterstreichen Sie bitte alles, was auf Sie zutrifft:

Alpträume, Hemmungen, dranghafte Handlungen, immer wieder auftretende Vorstellungen, Spannungsgefühle, Ängste, Panikstimmungen, Zittern, Deprimiertheit, Selbstmordgedanken, Schüchternheit, übermäßiger Ehrgeiz, Einsamkeit, Reizbarkeit, Kränkbarkeit, Überaktivität, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, häufiges Kontrollieren, häufiger Stimmungswechsel, Schuldgefühle, Übergenaugigkeit, nervöse Zuckungen, Unfähigkeit zu entspannen, Versagensgefühle, sich nicht vernügen können, keine Wochenenden oder Ferien mögen, sich nicht entscheiden können.



Gibt es **typische Situationen**, in denen Ihre Beschwerden immer wieder auftreten?

.....

.....

.....

.....

Wann traten **Ihre jetzigen Schwierigkeiten und Beschwerden** zum ersten Mal auf? (Bitte nennen Sie für jedes Symptom den entsprechenden Zeitpunkt bzw. Zeitraum):

.....

.....

.....

.....

Hat sich irgend etwas in **Ihrem privaten oder beruflichen Leben verändert**, bevor bzw. als Ihre Beschwerden erstmals auftraten?

.....

.....

.....

.....

Wie **erklären** Sie sich selbst Ihre Beschwerden? Was könnte Ihrer Meinung nach eine Rolle spielen?

.....

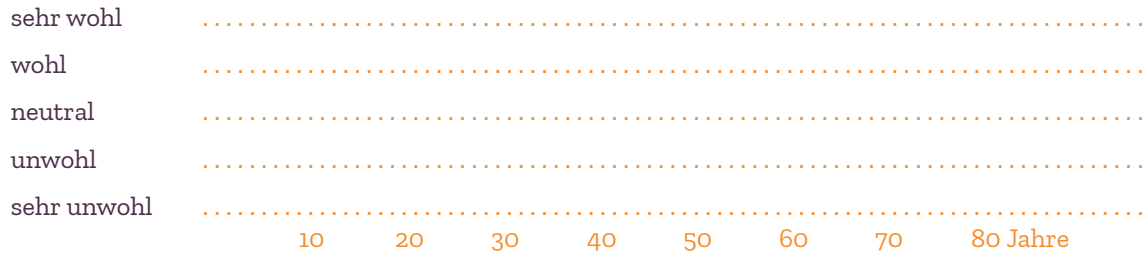
.....

.....

.....



Versuchen Sie bitte, mit einer Kurve Ihre bisherige **Lebenszufriedenheit** darzustellen:
Ich fühlte mich...



Wann fühlten Sie sich **zuletzt** körperlich und seelisch über längere Zeit wohl? Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an diese Zeit denken?

.....
.....
.....
.....

Bei welchem Neurologen, Psychiater oder Psychotherapeuten waren Sie bereits wegen **Ihrer jetzigen Beschwerden** in Behandlung? (Bitte Name, Fachrichtung und Zeitpunkt angeben.)

.....
.....
.....
.....

In welchen **Krankenhäusern/Kliniken/Rehaeinrichtungen** sind Sie wegen Ihrer jetzigen Beschwerden bereits behandelt worden? (Bitte Name, Zeitpunkt und Dauer angeben.)

.....
.....
.....
.....



Soziale Situation

Sind Sie **arbeitsunfähig**? Falls ja, seit wann? **nein** ()

Sind Sie derzeit **arbeitslos**? Falls ja, seit wann? **nein** ()

Sind Sie **berentet**? **Nein** () Falls ja, seit wann? Bis zum ?

Haben Sie einen **Rentenantrag** gestellt? **nein** () **ja** () Wann?

Wie hoch ist Ihr **ausbezahltes Einkommen** (Lohn, Rente, Arbeitslosengeld, ALG II, Sozialhilfe?)
(Zutreffendes bitte unterstreichen.)

.....

Wie hoch ist das Einkommen Ihres Partners/Ihrer Partnerin (Lohn, Rente, Arbeitslosengeld, ALG II, Sozialhilfe?) (Zutreffendes bitte unterstreichen.)

.....

Wieviel **Taschengeld** (Geld für Freizeit) haben Sie zur Verfügung und wofür verwenden Sie es?

.....

Zahlen Sie **Unterhalt**? Falls ja, wieviel? **nein** ()

Haben Sie **Schulden**? Falls ja, wie hoch sind diese?

Höhe der monatl. Belastung?

.....

Liegen **Pfändungen** vor? **ja** () **nein** ()

Sind Sie schwerbehindert? **nein** () **ja** () GdB %

Wie **wohnen** Sie zur Zeit? In einer Mietwohnung () Im Eigenheim/Eigentumswohnung ()
Bei Angehörigen ()

Seit wann? Höhe der Miete? Wer wohnt mit Ihnen im selben Haus?

.....

Welche **Haustiere** haben Sie?

.....

Was tun Sie in Ihrer **Freizeit**?

.....

.....

.....



Partnerschaft/Ehe

Ihr Familienstand:

ledig () zusammenlebend seit: getrennt lebend seit:

verheiratet seit: geschieden seit: verwitwet seit:

Haben Sie Veränderungen geplant? Falls ja, welche?

Welche für Sie **wichtigen Beziehungen** hatten Sie bisher und woran sind diese Partnerschaften Ihrer Meinung nach gescheitert? (Bitte ausführlich schildern und ggf. Rückseite benutzen!)

.....
.....
.....

Derzeitige Partnerschaft:

Vorname: Geburtsname: Alter:

Beruf: Seit wann kennen Sie sich:

Gesundheitszustand:

Beschreiben Sie bitte die **Charaktereigenschaften** Ihres Partners/Ihrer Partnerin ausführlich:

.....
.....

Was **mögen** Sie an ihm/ihr?

.....
.....

Was **stört** Sie an ihm/ihr?

.....
.....

Auf welchen Gebieten gibt es **Übereinstimmungen**, wo gibt es **Meinungsverschiedenheiten**?

.....
.....
.....



Weshalb haben Sie diesen Beruf gewählt?

.....

.....

.....

Waren sie einmal arbeitslos? Falls ja, von wann bis wann?

.....

.....

.....

Haben Sie Ihren **Beruf** gewechselt? Falls ja, warum?

.....

.....

.....

Bitte beschreiben Sie Ihre **gegenwärtige berufliche Tätigkeit** möglichst ausführlich (angestellt/selbstständig, zeitlich geregelte Arbeit/Schichtdienst, Maß der Verantwortung, Arbeitsklima, Vorgesetzte, Reisetätigkeit, usw.):

.....

.....

.....

Gefällt Ihnen Ihre **jetzige Tätigkeit** und warum/ warum nicht?

.....

.....

.....

Welche **beruflichen Pläne** (auch langfristige Wünsche) haben Sie?

.....

.....

.....



Entwicklung in der Kindheit

Wie war das Befinden **Ihrer Mutter** während der Schwangerschaft und Ihrer Geburt?

.....

.....

.....

Was für ein Kind waren Sie?

.....

.....

.....

Welches ist die **früheste Erinnerung** aus Ihrem Leben, die Ihnen im Gedächtnis geblieben ist? (Bitte möglichst ausführlich beschreiben!)

.....

.....

.....

Unterstreichen Sie bitte alles, was während Ihrer Kindheit vorgekommen ist:

Nächtliches Aufschrecken oder Schlafwandeln (bis Jahre)

Bettnässen (bis Jahre)

Daumenlutschen (bis Jahre)

Nägelkauen (bis Jahre)

Stottern (bis Jahre), Kopfschaukeln (bis Jahre)

Angst vor Dunkelheit (bis Jahre)

Essprobleme (bis Jahre)

Erziehungsschwierigkeiten wie Fortlaufen, Lügen, Stehlen (bis Jahre)

Unterstreichen Sie bitte wie Sie Ihre Kindheit am ehesten einordnen würden:

besonders glücklich glücklich durchschnittlich unglücklich besonders unglücklich



Wo sind Sie **aufgewachsen** (Elternhaus, Großeltern, in welcher Großfamilie, Heim usw.)?

.....

.....

.....

Haben Sie sich dort eher wohl oder unwohl gefühlt? (Versuchen Sie das bitte genauer zu schildern!)

.....

.....

.....

Wer waren die wichtigsten **Bezugspersonen** in Ihrer Kindheit?

.....

.....

.....

Falls Sie einen **Spitznamen** hatten, wie wurden Sie genannt?

.....

.....

Welchen Hobbies, Interessen, sportlichen Betätigungen usw. sind Sie während Ihrer Kindheit und Jugend nachgegangen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Familie

Vater

Vorname: Beruf: Geburtsdatum:

Gesundheitszustand:

Falls verstorben: Was war die Todesursache und wie alt waren Sie damals?

.....

.....

Beschreiben Sie bitte ausführlich die **Charaktereigenschaften Ihres Vaters**. Was mögen Sie an ihm, was können Sie nicht leiden?

.....

.....

.....

.....

Mutter

Vorname: Beruf: Geburtsdatum:

Gesundheitszustand:

Falls verstorben: Was war die Todesursache und wie alt waren Sie damals?

.....

.....

Beschreiben Sie bitte ausführlich die **Charaktereigenschaften Ihrer Mutter**. Was mögen Sie an ihr, was können Sie nicht leiden?

.....

.....

.....

Hochzeitsdatum Ihrer Eltern:

Wie ist bzw. war die Beziehung Ihrer Eltern zueinander? Wer dominiert(e)?

.....

.....



Falls Ihre Eltern **geschieden** sind oder **getrennt** leben, seit wann?

Welchem Elternteil sind Sie **im Charakter ähnlicher** geworden?

Beschreiben Sie bitte ausführlich Ihre **jetzige Beziehung** zu Ihren Eltern:

.....
.....
.....

Stiefvater/Stiefmutter

Vorname: Beruf: Geburtsdatum:

Gesundheitszustand:

Falls verstorben: Was war die Todesursache und wie alt waren Sie damals?

.....
.....

Beschreiben Sie bitte ausführlich seine/ihre **Charaktereigenschaften**.

.....
.....
.....

Großeltern

Beruf des Großvaters mütterlicherseits:

Falls verstorben, wann:

Beruf der Großmutter mütterlicherseits:

Falls verstorben, wann:

Beruf des Großvaters väterlicherseits:

Falls verstorben, wann:

Beruf der Großmutter väterlicherseits:

Falls verstorben, wann:



Geschwister, Halb- und Stiefgeschwister (bitte extra kennzeichnen):

Vorname	Alter	Beruf	Familienstand	Erkrankung (welche)? Verstorben (wann)?

Bei mehr als fünf Geschwistern bitte die Rückseite benutzen.

Beschreiben Sie bitte Ihre **Beziehung zu Ihren Geschwistern** (früher und heute):

.....

.....

Wer wurde in der Familie von wem **bevorzugt**, wer durch wen **benachteiligt**?

.....

.....

Welche **Eigenschaften** wurden in Ihrer Familie als besonders wertvoll angesehen und welche wurden gering geschätzt?

.....

.....

Wie sind Sie in **religiöser Hinsicht** erzogen worden?

.....

.....

Wer war noch für Sie in **Ihrer Kindheit wichtig** und warum?

.....

.....

Welches sind **jetzt die wichtigsten Menschen** in Ihrem Leben?

.....

.....



Selbstbeschreibung

Sehen Sie dies als einen Versuch an und notieren Sie bitte ohne lange zu überlegen zu jeder Frage einige Stichworte:

Wie würde jemand Sie beschreiben:

a) der Sie gerne mag und vor allem Ihre **guten Eigenschaften** sieht:

.....

.....

.....

b) der vor allem Ihre **schlechten Eigenschaften** sieht:

.....

.....

.....

Wie würden Sie **sich selbst beschreiben**?

.....

.....

.....

Wie beurteilen Sie **Ihre äußere Erscheinung**? (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- gut aussehend ()
- durchschnittlich aussehend ()
- weniger gut aussehend ()

Wie schätzen Sie Ihren **augenblicklichen Gesamtzustand** ein? (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- gesund ()
- leicht gestört ()
- erheblich gestört ()
- schwer krank ()



Hatten Sie **Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Totgeburten**? (Zutreffendes bitte unterstreichen.) Falls ja, in welchem Schwangerschaftsmonat?

Gibt es noch **Beeinträchtigungen**, die von früheren Erkrankungen, Operationen oder Unfällen herühren? Falls ja, welche?

.....
.....

Leiden Sie unter einer **Überempfindlichkeit (Allergie)** gegen Medikamente oder ähnliches? Falls ja, welche?

.....
.....

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit und welche hiervon täglich in welcher Menge?

.....
.....

Trinken Sie regelmäßig (d. h. nahezu täglich) **Alkohol** (auch in kleinen Mengen)? Ja () Nein ()

Haben Sie einmal illegale **Drogen** ausprobiert oder regelmäßig Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz- oder Aufputschmittel eingenommen? Falls ja, was, wann und mit oder ohne ärztliche Verordnung?

.....
.....
.....
.....

Leidet jemand in Ihrer Familie oder Ihrer weiteren **Verwandschaft** unter geistigen Behinderungen, seelischen Störungen, ist selbstmordgefährdet oder konsumiert Drogen (auch Alkohol, Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerzmittel)?

.....
.....
.....
.....



Erwartungen und Zielvorstellungen

Was möchten Sie durch Ihre Behandlung hier gern erreichen?

.....

.....

.....

.....

Was könnte Ihnen Ihrer Meinung nach helfen, diese Ziele zu erreichen?

.....

.....

.....

.....

Was würden Sie in Ihrem derzeitigen Leben anders gestalten, wenn Sie gesund wären? Was wünschen Sie sich?

.....

.....

.....

.....

Wieviel Zeit für eine psychotherapeutische Behandlung haben Sie eingeplant?

.....

.....

.....

.....

Gibt es etwas, das Ihnen Angst oder Kummer bereitet/bereitet hat und was Sie noch nicht erwähnt haben?

.....

.....

.....

.....



Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit!

Sollten Sie auf etwas im Fragebogen nicht oder noch nicht antworten wollen, können Sie dies gern in einem persönlichen Gespräch ergänzen – sobald Sie das hierfür nötige Vertrauen in unsere therapeutische Beziehung gefunden haben.

Ich freue mich auf unsere Begegnung!

Ihr Dr. Matthias Israel



Dr. med. Matthias Israel