

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Geburtsdatum: _____ **Krankenkasse:** _____

Wie haben Sie von der PHA erfahren? _____

 Angaben zur **aktuellen Symptomatik**, Behandlungswunsch:

--

Seit wann besteht die geschilderte Symptomatik? _____

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen.	ja	nein
1.1 Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Haben Sie plötzliche Zustände, bei denen Sie in Angst und Schrecken versetzt werden, und bei denen Sie unter Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Luftnot, Todesangst u.a. leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Haben Sie in den folgenden Situationen Angst oder Beklemmungsgefühle: Menschenmengen, enge Räume, öffentliche Verkehrsmittel? Vermeiden Sie solche Situationen aus Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Fühlen Sie sich nervös oder angespannt? Machen Sie sich häufig über Dinge mehr Sorgen als andere Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Haben Sie Angst in Situationen, in denen Sie befürchten, dass andere Leute negativ über Sie urteilen könnten, Ihr Aussehen kritisieren könnten oder Ihr Verhalten als dumm, peinlich oder ungeschickt ansehen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Haben Sie starke Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen, wie Insekten, Spinnen, Hunden, Katzen, Naturgewalten (Gewitter, tiefes Wasser), Blut, Verletzungen, Spritzen oder Höhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 Waschen und putzen Sie sehr viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Kontrollieren Sie sehr viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Gab es jemals eine Zeit, in der Sie viel weniger wogen als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten, oder in der Sie stark abgenommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Haben Sie Essanfälle oder Heißhungerphasen, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel essen, das heißt, sehr viel mehr als andere Menschen unter ähnlichen Umständen essen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Sind Sie jemals in Ihrem Leben von anderen darauf angesprochen worden, dass Sie zu viel trinken, oder dass Sie Probleme mit Alkohol haben? Oder hatten Sie selbst den Eindruck, dass Sie Ihr Trinken nicht mehr kontrollieren konnten und mehr getrunken haben als Sie wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Haben Sie jemals regelmäßig Drogen genommen (z.B. Cannabis, Kokain, Ecstasy)? Fühlten Sie sich jemals von einem ärztlich verschriebenen Medikament abhängig oder nahmen Sie mehr davon ein, als Ihnen verschrieben wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere behandlungsrelevante Angaben	ja	nein
6.1 Besteht neben Einzeltherapie ebenfalls Interesse an Gruppentherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Besteht neben Einzeltherapie ebenfalls Interesse an einem Entspannungstraining? <i>Die progressive Muskelentspannung ist eines der am besten untersuchten Entspannungsverfahren. Sie zeigt Wirksamkeit bei verschiedenen psychischen und körperlichen Erkrankungen (z.B. Schlaf- / Konzentrationsstörungen, Spannungskopfschmerzen etc.). Außerdem ist sie wirksam, um das allgemeine Stressniveau zu reduzieren.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Besteht bei Ihnen gesondertes Interesse an folgender Diagnostik (wenn unzutreffend, bitte freilassen)?	<input type="checkbox"/> ADHS	<input type="checkbox"/> Autismus
6.4 Haben Sie Interesse an türkischsprachiger Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Ist nach Ihrem Kenntnisstand eine von Ihnen verwandte Person bei uns in Behandlung? Wenn ja: Name der Therapeutin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja: Auflistung der Medikamente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Vorbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zeitliche Flexibilität für langfristige Therapie (bitte alle möglichen Uhrzeiten ankreuzen):

	9 Uhr	10 Uhr	11 Uhr	13 Uhr	14 Uhr	15 Uhr	16 Uhr
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte lesen Sie die Hinweise zur Terminvereinbarung:

1. Nach **postalischem** Einreichen Ihres Kontaktformulars werden wir uns bei Ihnen melden, wenn wir wieder Termine für ein Erstgespräch freihaben. Sie brauchen in der Zwischenzeit nichts weiter zu tun. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Anfragen per Mail aus Datenschutzgründen nicht berücksichtigen.**
2. **Nach 3 Monaten** löschen wir aus Datenschutzgründen Ihr Kontaktformular. Möchten Sie verhindern, dass Ihre Daten gelöscht werden, melden Sie sich kurz vor Ablauf der Frist bei uns und wir verlängern die Frist um weitere 3 Monate. Bitte beachten Sie, dass wir aus Datenschutzgründen rein telefonisch kommunizieren und auf E-Mails nicht eingehen können.
3. Wenn wir Sie für eine Terminvergabe kontaktieren, werden wir uns aus Datenschutzgründen zunächst als Universität Siegen vorstellen und dann nach Ihrem **Namen und Geburtsdatum** Fragen, um sicherzustellen, dass wir nur mit Ihnen sprechen.
4. **Ein Erstgespräch resultiert nicht immer in langfristiger Therapie.** Wir versuchen mindestens 3 Einzeltermine zu ermöglichen. In diesen Gesprächen erfahren Sie so früh wie möglich, ob eine Therapie möglich ist.
5. Die PHA Siegen ist eine **Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanz**. Zu diesem Zwecke kann es vorkommen, dass die Sprechstunden von **Masterstudierenden** der Psychologie begleitet oder zu Schulungszwecken aufgezeichnet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ich habe die Hinweise zur Terminvereinbarung gelesen und stimme ihnen zu.

Bitte nicht ausfüllen! Folgendes wird von uns ausgefüllt:

Termin Erstgespräch: _____ Therapeut*in: _____

Sprechstundencode: _____ Sachbearbeiter*in: _____