



Fragebogen der Psychotherapeutischen Beratungsstelle

Liebe*r Ratsuchende,

Sie haben sich mit Ihren Problemen an die PBS gewandt, um die Hilfe von Fachleuten in Anspruch zu nehmen. In dem Bemühen, Ihnen zu helfen, benötigen wir Ihre aktive und engagierte Mitarbeit. Wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Wir stehen unter Schweigepflicht und all Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

1. PERSONALIEN:

Vor- und Nachname _____

Ausgefüllt am _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Adresse am Studienort _____

Heimatadresse _____

E-Mail _____ Telefon _____

Konfession _____ Beruf _____

Studienfächer _____ Semester _____

Hochschule _____

2. ANLASS IHRES KOMMENS:

Schildern Sie bitte mit Ihren eigenen Worten Ihre Hauptbeschwerden/Probleme und seit wann diese bestehen:

Was sind Folgen/Beeinträchtigungen Ihrer Probleme für Sie bzw. für Ihre Umwelt?

Was haben Sie bisher versucht, um Ihre Probleme in den Griff zu bekommen? Mit welchem Ergebnis?

Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Woran würden Sie erkennen, dass die Beratung für Sie erfolgreich war?

3. BELASTUNGSBOGEN:

Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, durch welche Probleme Sie sich in letzter Zeit in welchem Ausmaß belastet fühlen:

	gar nicht	kaum	mäßig	stark
1. Lern- und Leistungsprobleme (z. B. Konzentration, Motivation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prüfungsangst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Redehemmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existenz-, Versagens- oder Zukunftsängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Probleme in sozialen Beziehungen (z. B. Angst vor Menschen, Angst vor Nähe, Angst vor Ablehnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Probleme mit der Kontaktaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Isolation, Einsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problem, keine(n) Partner(in) zu haben oder zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Partner- oder Trennungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Probleme mit der Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Allgemeine Angstanfälle, Panik, unerklärliche Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Spezielle Ängste (z. B. vor bestimmten Tieren, Krankheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Selbstwertprobleme, Minderwertigkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Unzufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Depressive Verstimmungen, Grübeleien, Depressionen, Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Entscheidungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Suizidversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		gar nicht	kaum	mäßig	stark
20.	Probleme mit der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Zwanghafte Verhaltensweisen oder Gedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Probleme mit dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Suchtprobleme (z. B. Alkohol, Drogen, Internet, Spielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Probleme mit der Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Probleme mit psychisch oder körperlich kranken Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Traumatische Erlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Sonstige Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mehr als ein Problem angekreuzt haben, versuchen Sie nun bitte, ein Maß für die derzeit empfundene Gesamtbelastung zu geben:

gar nicht stark

Sind Sie oder waren Sie schon einmal in psychiatrischer, nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, bei wem, weswegen und wann?

4. BESCHWERDEBOGEN:

Es folgt eine größere Anzahl von Beschwerden. Überlegen Sie bitte, unter welchen dieser Beschwerden Sie leiden und kreuzen Sie diese an:

		gar nicht	kaum	mäßig	stark
1.	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Herzklopfen/-jagen, Ziehen in der Brust, Stiche oder Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mattigkeit, Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Magenschmerzen, Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gar nicht kaum mäßig stark



8.	Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Innere Unruhe, Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Schlaflosigkeit, Einschlaf- bzw. Durchschlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Zittern, Erröten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Nacken- und Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Übermäßiger Appetit, Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Gehstörungen, Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Taubheitsgefühl (Einschlafen, Brennen, Kribbeln) in Händen oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Sonstige Probleme/körperliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körpergröße _____

Gewicht _____

Sind Sie wegen Ihrer körperlichen Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche?

Vielen Dank!

Psychotherapeutische Beratungsstelle

Einwilligungserklärung:

Name, Vorname _____

Datenverarbeitung

Ich stimme der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch das Studierendenwerk Würzburg zum Zweck der psychotherapeutischen Beratung bis auf Widerruf zu.

Diese Einwilligung beinhaltet auch die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung sogenannter besonderer Kategorien meiner personenbezogenen Daten (Informationen zu Gesundheit als Beispiel) im Rahmen der psychotherapeutischen Beratung.

Meine Betroffenenrechte kann ich jederzeit über datenschutz@swerk-wue.de geltend machen.

Unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation

Mir sind die möglichen Risiken einer unverschlüsselten E-Mail-Kommunikation an meine Mail-Adresse bekannt. Ich stimme dieser Kommunikationsform zu.

Meine E-Mail-Adresse: _____

Videoberatung

Ich bin damit einverstanden, dass die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung der Beratung im Rahmen der Videosprechstunde stattfindet.

Datum

Unterschrift