

Fragebogen Erstberatung Womb-Art e.V.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Grund der Kontaktaufnahme:

Bitte beschreiben Sie das auslösende Ereignis (Krankheit, Flut, Alleinerziehend, Scheidung, Unfall) und Ihren Gemütszustand:

Haben Sie sich bereits Hilfe geholt?

ja nein

Wenn ja, bei wem?

- Hausarzt
- Facharzt
- Psychotherapeut*in
- Heilpraktiker*in
- Andere

Welche sind Ihren körperlichen und seelischen Beschwerden/ Probleme und seit wann leiden Sie darunter?

- Herz-Kreislauf
- Blutdruck
- Gewichtsabnahme
- Gewichtszunahme
- Herzrasen
- Andere

Bitte in Stichworten beschreiben:

Welche Auswirkungen hat das auslösende Ereignis auf Ihre psychische Verfassung?

- Überforderung
- Enge (Tunnelerleben)
- Unruhe, Stress
- Suchtverhalten
- Angst diffus/ konkret
- Andere

Bitte in Stichworten beschreiben:

Haben Sie Kinder? (Anzahl, Alter, Geschlecht):

Welche Medikamente/ Suchtmittel nehmen Sie zurzeit (Drogen, Alkohol)? Bitte beschreiben Sie Art und Menge:

- Alkohol
- Drogen
- Psychopharmaka
- Medikamente
- Andere
- Keine

Wie fühlt sich Ihr aktuelles Leben auf einer Skala von 1 bis 10 an (1: "sehr gut" und 10: "miserabel")?

Gibt es ein früheres Trauma, welches durch das Ereignis wieder aktiviert wurde? Wenn ja, welches?

Haben Sie Gewalt-/ Missbrauchserfahrungen gemacht?

- ja
- nein

wann/ wie lange?

Wie ist Ihre derzeitige Einkommenssituation?

- Arbeitsverhältnis
- Selbstständigkeit
- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II
- Andere

welcher Art? _____

Wie erleben Sie Ihre aktuelle wirtschaftliche Situation?

- wohlhabend
- stabil
- schwach
- existenzbedrohend

Wie/ wo sind Sie krankenversichert?

Alle persönlichen Informationen und Unterlagen werden absolut vertraulich behandelt und unzugänglich für Dritte aufbewahrt.

Die Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung bei Womb-Art e.V. habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit erkläre ich, die Klientin/ Auskunftgeberin, mich damit einverstanden, dass mein persönlicher Fragebogen einerseits der Datenerfassung dienen und außerdem im Kontext meiner Behandlung zum Tragen kommen darf.

Nur die mich behandelnden Therapeut*innen erhalten für ein gutes therapeutisches Zusammenwirken einen Zugang zu meinen Unterlagen.

Unterschrift Klient*in

Ort, Datum

Unterschrift Therapeut*in