

Anlage Gesundheit Allgemein zum Fragebogen zur psychologischen Beratung vom ____ . ____ . ____

Vorname Name: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Diese Anlage dient ausschließlich der besseren Einschätzung Ihrer aktuellen Situation im Rahmen der psychologischen Beratung. Sie ersetzt keine medizinische oder psychiatrische Diagnostik und stellt keine medizinische Untersuchung dar. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Unvollständige oder bewusst falsche Angaben können zu einer Fehleinschätzung der Situation führen.

Allgemeiner Gesundheitszustand

- ☐ Bestehen aktuell körperliche Erkrankungen oder gesundheitliche Beschwerden oder Einschränkungen?
- ☐ Gab es in den letzten Jahren schwerwiegende Erkrankungen oder Operationen?
- ☐ Leiden Sie unter chronischen Schmerzen oder wiederkehrenden körperlichen Beschwerden?
- ☐ Bestehen aktuell starke Erschöpfung, anhaltende Müdigkeit oder Schlafstörungen?

Anmerkungen: _____

Hormonelle und stoffwechselbezogene Erkrankungen

- ☐ Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Schilddrüse (z. B. Hashimoto, Über- oder Unterfunktion)?
- ☐ Bestehen hormonelle Erkrankungen oder bekannte Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes)?
- ☐ Gab es in letzter Zeit deutliche Gewichtsveränderungen ohne erkennbare Ursache?

Anmerkungen: _____

Neurologische Erkrankungen

☐ Gab es in der Vergangenheit einen Schlaganfall, eine Durchblutungsstörung des Gehirns oder neurologische Erkrankungen?

☐ Bestehen Migräne, Schwindel, Ohnmachtsanfälle oder Krampfanfälle?

☐ Gab es Kopfverletzungen mit Bewusstlosigkeit oder länger anhaltenden Beschwerden?

Anmerkungen: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Bestehen oder bestanden Herzkrankheiten, Herzinfarkt, Bluthochdruck oder Herzrhythmusstörungen?

☐ Bestehen Atembeschwerden oder Erkrankungen der Lunge?

Anmerkungen: _____

Schwere körperliche Erkrankungen

☐ Bestehen oder bestanden Tumorerkrankungen oder Krebserkrankungen?

☐ Gab es größere medizinische Behandlungen oder Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren?

Anmerkungen: _____

Medikamente und Substanzen

☐ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

☐ Nehmen oder nahmen Sie Psychopharmaka ein?

☐ Besteht oder bestand regelmäßiger Konsum von Alkohol, Nikotin oder anderen Substanzen?

Anmerkungen: _____

Psychische Belastungen und Vorgeschichte

☐ Gab es in der Vergangenheit psychische Krisen oder längere Belastungsphasen?

☐ Gab es bereits psychologische oder psychiatrische Behandlungen?

☐ Bestehen aktuell starke Ängste, anhaltende Niedergeschlagenheit, innere Unruhe oder Panikzustände?

☐ Gab es belastende oder traumatische Ereignisse, die heute noch nachwirken?

Anmerkungen: _____

Schlaf und Alltag

☐ Wie würden Sie Ihre Schlafqualität aktuell einschätzen? _____

☐ Fühlen Sie sich morgens erholt?

☐ Bestehen Konzentrationsprobleme oder Gedächtnisschwierigkeiten?

Anmerkungen: _____

Soziale und berufliche Situation

☐ Bestehen aktuell starke Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld?

☐ Fühlen Sie sich aktuell ausreichend unterstützt durch Ihr Umfeld?

Anmerkungen: _____

Erklärung

Ich bestätige, dass ich die Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bewusst, dass diese Angaben ausschließlich der Orientierung im Rahmen der psychologischen Beratung dienen und keine medizinische Diagnostik oder Behandlung ersetzen. Mir ist ebenfalls bewusst, dass unvollständige oder bewusst falsche Angaben zu einer Fehleinschätzung führen können.

Weitere Anmerkungen, Hinweise. Gerne auch eigene Rückschlüsse, Vermutungen und weitere Informationen, die wichtig sein könnten.

Ort, Datum: _____, den ____ . ____ . _____

Unterschrift: _____