

Fragebogen in einfacher Sprache

Dieser Fragebogen ist in Leichter Sprache.

Bitte beantworten Sie alles, was Sie können!

Sie können gerne mehr dazu schreiben.

Sie dürfen auch die Rückseite benutzen!

Probleme

Bitte kreuzen Sie an, wie **es in der letzten Woche** war:

- | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie oft traurig ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Müssen Sie oft weinen ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie oft müde ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Lust , Sachen zu unternehmen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Alpträume ? | <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie schlimme Dinge erlebt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Denken Sie noch an diese schlimmen Dinge? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie oft Angst ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |

Vor was haben Sie Angst?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vor vielen Menschen | <input type="checkbox"/> aus dem Haus zu gehen |
| <input type="checkbox"/> vor dem Bus/Bahn fahren | <input type="checkbox"/> vor dem Auto fahren |
| <input type="checkbox"/> in der Dunkelheit | <input type="checkbox"/> alleine zu sein |
| <input type="checkbox"/> vor bestimmten Tieren | <input type="checkbox"/> vor etwas anderem: _____ |

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Streiten Sie mit anderen Menschen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlagen Sie andere Menschen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Können Sie Nein sagen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tun Sie sich selbst absichtlich weh ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Nein |

Kreuzen Sie an, welche **körperlichen** Probleme Sie oft haben:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> nicht schlafen können | <input type="checkbox"/> Ich muss mich übergeben |

Etwas anderes wie: _____

Was sind Ihre 3 **größten Probleme**?

1. _____

2. _____

3. _____

Was **tun Sie gerne** in Ihrer Freizeit?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> tanzen | <input type="checkbox"/> singen | <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> malen |
| <input type="checkbox"/> basteln | <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> in der Natur sein | <input type="checkbox"/> Fahrrad fahren |
| <input type="checkbox"/> Sport treiben | <input type="checkbox"/> schwimmen | <input type="checkbox"/> Freunde treffen | <input type="checkbox"/> Fernsehen |

Etwas anderes wie: _____

Wie **leben** Sie?

- in einer Wohnung in einem Haus
- zur Miete Eigentum

Wer lebt mit Ihnen zusammen?

- meine Eltern: Mutter Vater
- meine Frau mein Mann
- meine Kinder

Name und Alter der Kinder:

ich lebe **allein**

Haben Sie **ein eigenes Zimmer**? Ja Nein

Bitte zeichnen Sie Ihre Wohnung oder Ihr Haus (Grundriss):

Wie viele Freunde und Bekannte haben Sie? _____

Wie oft treffen Sie Ihre Freunde und Bekannte? _____

Mit wem können Sie über alles reden? Vorname: _____

Gibt es Probleme mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden? Ja Nein

Welche?

Kindheit

Bei wem sind Sie aufgewachsen?

bei meiner Mutter und meinem Vater Nur bei meiner Mutter Nur bei meinem Vater

Bei meiner Mutter und meinem Vater, bis ich _____ Jahre alt war, danach

Nie bei meiner Mutter und meinem Vater, sondern:

Wie haben Sie sich mit Ihrer Mutter verstanden? Bitte kreuzen Sie an!



Wie haben Sie sich mit Ihrem Vater verstanden? Bitte kreuzen Sie an!



Wie viele Brüder und Schwestern haben Sie?

Bitte schreiben Sie alle in der Reihenfolge auf, wie Sie geboren sind. Auch sich selbst.

Bitte schreiben Sie dazu, ob Bruder oder Schwester. Bitte schreiben Sie, wieviel älter oder jünger. Bitte schreiben Sie dazu, wie Sie sich verstehen.

Name	Bruder/ Schwester	wieviel älter oder jünger	Wie haben Sie sich als Kinder verstanden?	Wie verstehen Sie sich jetzt?

Wie ging es Ihnen früher, als Sie ein Kind waren?



Wie war es, als Ihre Mutter mit Ihnen **schwanger** war? Gab es Probleme? Ja Nein

Welche?

- meine Mutter war krank
- meine Mutter war traurig
- meine Mutter wurde geschlagen
- meine Mutter hat zu viel Alkohol getrunken
- meine Mutter hat Drogen genommen
- meine Mutter wollte mich nicht

Etwas anderes wie: _____

Gab es Probleme bei Ihrer Geburt? Ja Nein

Welche?

- ich kam zu früh
- ich hatte Sauerstoffmangel
- ich musste in den Brutkasten
- meiner Mutter ging es sehr schlecht

Etwas anderes wie: _____

Gab es Probleme, bis sie 3 Jahre alt waren? Ja Nein

Welche?

- Probleme laufen zu lernen
- Probleme sprechen zu lernen
- ich konnte nicht bei meiner Mutter sein
- ich war im Krankenhaus / ich war oft krank
- meine Mutter war depressiv
- Gewalt

Etwas anderes wie: _____

Waren Sie in einem Kindergarten? Ja Nein

Wie haben Sie sich dort gefühlt? Bitte kreuzen Sie an!



Wann kamen Sie in die Schule? Mit _____ Jahren

Wie haben Sie sich von den Lehrern verstanden gefühlt?



Wie haben Sie sich mit den Mitschülern verstanden?



Wie viele Jahre waren Sie auf einer Schule? _____ Jahre

Haben Sie einen Schulabschluss? Ja Nein

Welchen?

_____ Note _____

Wie ging es nach der Schule weiter?

Haben Sie eine Arbeit? Ja Nein

Wie zufrieden sind Sie auf der Arbeit?



Sind Sie krank geschrieben? Ja Nein

Seit wann? _____ bis wann? _____

Weswegen sind Sie krank geschrieben? _____

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? Ja Nein ich bin schon in Rente

Weswegen?

Therapie

Was wünschen Sie sich von der Therapie?

1. _____

2. _____

3. _____

Haben Sie schon einmal eine Therapie gemacht? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Wann? _____

Wie ging es Ihnen dort in der Therapie? Bitte kreuzen Sie an!



