



Fragebogen:

Name: _____ Vorname: _____

Organische Erkrankung:

Schilddrüse	_____	Ja O, Nein O
Diabetes	_____	Ja O, Nein O
Herz	_____	Ja O, Nein O
Lunge	_____	Ja O, Nein O
Sonstiges	_____	

Wenn ja, bei wem sind Sie in Behandlung?

Name und Adresse des Arztes:

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen?	Ja O, Nein O
Haben Sie vermindertem oder vermehrten Appetit?	Ja O, Nein O
Haben Sie in letzter Zeit öfter gedacht, dass es besser wäre, sie wären tot oder hatten sie Suizidgedanken?	Ja O, Nein O
Gib es aktuell Suizidgedanken?	Ja O, Nein O
Haben Sie Ängste oder Angstattacken?	Ja O, Nein O
Haben Sie Probleme mit Alkohol?	Ja O, Nein O
Haben Sie Probleme mit Drogen?	Ja O, Nein O
Nehmen Sie zurzeit Medikamente?	Ja O, Nein O
Wenn ja, welche? _____	
Rauchen Sie?	Ja O, Nein O
Treiben Sie extrem viel Sport?	Ja O, Nein O

Leiden Sie manchmal unter:

Ohrgeräusche	Ja O, Nein O
Schwindel	Ja O, Nein O
Luftnot	Ja O, Nein O
Herzklopfen	Ja O, Nein O
Druckgefühl/Beklemmungsgefühl	Ja O, Nein O
Schmerzen in der Brust	Ja O, Nein O
Kloßgefühl im Hals	Ja O, Nein O
Schwitzen	Ja O, Nein O
Nervosität/Unruhe	Ja O, Nein O
Rückenschmerzen	Ja O, Nein O
Kopfschmerzen	Ja O, Nein O
Übelkeit	Ja O, Nein O

Ich bestätige, dass die obengenannten Angaben von mir geprüft und richtig sind.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten