

## Fragebogen vor der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Der vorliegende Fragebogen enthält einige Fragen zu Ihrer Person und Ihren Therapiewünschen. Ihre Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir für Sie die richtige Anlaufstelle sind und um das erste Gespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorzubereiten.

Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, damit wir ein ganzheitliches Bild von Ihnen erhalten können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt<sup>1</sup>.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben an unsere Anschrift zurück.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
in der MSB Medical School Berlin

Drontheimer Straße 34  
13359 Berlin

E-Mail: [hochschulambulanz@medicalschooll-berlin.de](mailto:hochschulambulanz@medicalschooll-berlin.de)

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Ich interessiere mich für eine Behandlung in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Medical School Berlin bzw. am Institut Integrative Psychotherapieausbildung Berlin und bitte Sie, mich für ein persönliches Erstgespräch vorzumerken.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Genauere Informationen zum Schutz Ihrer Daten finden Sie am Ende dieses Dokuments

## Angaben zur Person

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

---

Krankenkasse

☐ gesetzlich

☐ privat

---

Straße/Nr.

---

Postleitzahl

Ort

---

Telefon | Handy

---

Telefon | Privat

---

E-Mail

---

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Neue Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ist ihr derzeitiger Familienstand?

☐ ledig, Single ☐ ledig, in fester Partnerschaft ☐ verheiratet ☐ geschieden

☐ verwitwet ☐ getrennt lebend

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ (in cm)

Wie viel wiegen Sie? \_\_\_\_\_ (in kg)

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

☐ Noch Schüler

☐ kein Schulabschluss

☐ Hauptschulabschluss (oder gleichwertig)

☐ Realschulabschluss (oder gleichwertig)

- ☐ Abitur/Fachabitur (oder gleichwertig)
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie sind Ihre Deutschkenntnisse?

- ☐ Sehr gut / Muttersprache
- ☐ Gut (ausreichend für Psychotherapie auf Deutsch)
- ☐ Weniger gut

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

- ☐ Noch in Ausbildung bzw. Studium
- ☐ kein Ausbildungsabschluss
- ☐ Lehre, bzw. Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker
- ☐ Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr aktueller beruflicher Status?

- ☐ Vollzeit
- ☐ Teilzeit
- ☐ In Ausbildung
- ☐ Hausfrau/-mann
- ☐ Schüler\*in
- ☐ Student\*in
- ☐ In Altersrente / Pension
- ☐ In Ausbildung
- ☐ Arbeitslos
- ☐ Erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Dauer
- ☐ Erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Zeit
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wenn Sie derzeit einen Beruf ausüben, wie lautet dieser?

\_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit an der Medical School Berlin immatrikuliert?

- ☐ nein                      ☐ ja, Fach: \_\_\_\_\_

Wenn eine Erwerbsunfähigkeit (EU-Rente) besteht, was ist der Grund hierfür?

- ☐ Psychische Probleme

☐ Andere Gründe: \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?

☐ nein      ☐ ja, seit: \_\_\_\_\_

Welche weiteren Unterstützungsmaßnahmen erhalten Sie?

- ☐ Soziale Betreuung / Einzelfallhilfe
- ☐ Gesetzliche Betreuung
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_
- ☐ Keine

### **Angaben zu Ihrem Behandlungswunsch**

Wie würden Sie das Problem beschreiben, wegen dem Sie eine Behandlung wünschen?

---

---

---

---

Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem?

---

Waren Sie wegen diesem Problem schon in medizinischer oder psychologischer Behandlung?  
(Gemeint sind sowohl ambulante Behandlungen bei einem Arzt oder Psychologen als auch stationäre Behandlungen in einer Klinik.)

☐ nein      ☐ ja

Wenn ja, waren Sie in den letzten zwölf Monaten in einer ambulanten therapeutischen Behandlung?

- ☐ nein ☐ ja

Wie häufig waren sie in den letzten zwei Jahren in stationärer Behandlung?

- ☐ 0-mal ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ mehr als 2-mal

Falls ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch Ihr Problem belastet?

- ☐ Sehr stark  
☐ Stark  
☐ Mittelmäßig  
☐ Wenig  
☐ Gar nicht

Trifft einer oder mehrere der folgenden Problembereiche auf Sie zu?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depression   | <input type="checkbox"/> Alpträume                          |
| <input type="checkbox"/> Ängste   | <input type="checkbox"/> Wutanfälle                         |
| <input type="checkbox"/> Essprobleme  | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                         |
| <input type="checkbox"/> Alkohol- und Drogenprobleme                                    | <input type="checkbox"/> Gedächtnis- oder                   |
| <input type="checkbox"/> Stressbezogene Probleme<br>(z.B. Magengeschwür, Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten      |
| <input type="checkbox"/> Zwänge   | <input type="checkbox"/> Häufiger Wechsel der Arbeitsstelle |
| <input type="checkbox"/> Schmerzstörungen   | <input type="checkbox"/> Wahnhaftes Erleben                 |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht   | <input type="checkbox"/> Halluzinationen                    |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht  | <input type="checkbox"/> Lebensmüdigkeit                    |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme  | <input type="checkbox"/> Selbstverletzungen                 |
| <input type="checkbox"/> Erinnerungslücken  | <input type="checkbox"/> Mobbing durch andere               |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____  | <input type="checkbox"/> Zeit- und Orientierungsverlust     |

Wäre für Sie eine therapeutische Behandlung zwischen 8 – 20 Uhr an einem Wochentag möglich?

- ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Freunde oder Angehörige, die sich zurzeit bei uns in therapeutischer Behandlung oder in der therapeutischen Ausbildung befinden?

- ☐ nein ☐ ja

Wie sind Sie auf unsere Psychotherapeutische Hochschulambulanz aufmerksam geworden?

---

---

**Wir danken Ihnen für die Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens!**

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Senden Sie dann den Fragebogen an die

Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
in der MSB Medical School Berlin

Drontheimer Straße 34  
13359 Berlin

E-Mail: [hochschulambulanz@medicalschooll-berlin.de](mailto:hochschulambulanz@medicalschooll-berlin.de)

Nächste Schritte: Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Ambulanzteam

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

**Sehr geehrte\*r Patient\*in,**

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Psychotherapeutische Hochschulambulanz die oben aufgeführten Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

**ZWECK DER DATENVERARBEITUNG.** Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und einem\*einer Psychotherapeut\*in der Hochschulambulanz anbahnen zu können.

**EMPFÄNGER IHRER DATEN.** Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie ausdrücklich der Weiterleitung zugestimmt haben.

**SPEICHERUNG IHRER DATEN.** Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Anbahnung der Psychotherapie in der Ambulanz notwendig ist. Sollten Sie eine Psychotherapie in unserer Ambulanz beginnen, werden wir Ihre Daten längerfristig aufbewahren: Sobald ein erstes Gespräch in der Ambulanz stattgefunden hat, sind wir aufgrund rechtlicher Vorgaben dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Daten werden dabei über die gesamte Zeitdauer durch geeignete technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen geschützt.

**IHRE RECHTE.** Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis in Form einer Schweigepflichtsentbindung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Datenübermittlung oder Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei dem Verantwortlichen für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift lautet:

MSB Medical School Berlin  
Hochschule für Gesundheit und Medizin  
Datenschutzbeauftragter  
Rüdesheimer Straße 50  
14197 Berlin

**RECHTLICHE GRUNDLAGEN.** Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

Ihr Ambulanzteam