

Antwortbogen

Fragebogen zur Beurteilung der Wirkungen meiner Psychotherapie

Name: Datum:

Dauer der (letzten) Therapie: von ____ / ____ (Monat / Jahr) bis ____ / ____ (Monat / Jahr)
Gesamtzahl der Sitzungen: _____ Sitzungen
Art der Therapie: Einzeltherapie Gruppentherapie (bitte ankreuzen)
Geburtsjahr: 19____ **Geschlecht:** männlich weiblich (bitte ankreuzen)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen spontan und vollständig aus.

Teil I:

- Ich finde die Idee einer Nachfrage gut und antworte gerne.
- Ich möchte auf diese Fragen jetzt und künftig lieber nicht eingehen.

Für wie hilfreich halten Sie Psychotherapie

(aufgrund Ihrer eigenen Erfahrung)

1	2	3	4	5		
sehr hilfreich						wenig hilfreich

Wie war/ist Ihr Gesamtbefinden

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht

Wie war/ist Ihre körperliche Gesundheit?

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht

Wie war/ist Ihre psychische Gesundheit?

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht

Wie waren/sind Ihre Beziehungen?

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht
sehr gut						sehr schlecht

Waren/sind Sie berufstätig?

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

arbeitslos	Teilzeit	Vollzeit	nicht erwerbstätig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nahmen/nehmen Sie Medikamente ein?

a) Wegen akuter Erkrankungen:

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

nie						häufig
nie						häufig
nie						häufig

b) Dauernd wegen chronischer Leiden?

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

nie						häufig
nie						häufig
nie						häufig

c) Psychopharmaka

- zu Beginn der Therapie?
- am Ende der Therapie?
- heute?

nie						häufig
nie						häufig
nie						häufig

	zu Beginn d. Ther.	am Ende d. Ther.	heute
Hatten/haben Sie eine feste Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie häufig waren Sie (ohne Vorsorge-Untersuchung) jährlich beim Arzt? (Bitte versuchen Sie grob zu schätzen, wie häufig Sie in den betreffenden Phasen zum Arzt gegangen sind und versuchen Sie, die Angaben jeweils auf ein ganzes Jahr hochzurechnen)			
a) beim Hausarzt?	___ mal im Jahr	___ mal im Jahr	___ mal im Jahr
b) beim Facharzt?	___ mal im Jahr	___ mal im Jahr	___ mal im Jahr
Wie viele Tage waren/sind Sie pro Jahr ungefähr krankgeschrieben?	___ Tage / Jahr	___ Tage / Jahr	___ Tage / Jahr
Wie viele Tage waren/sind Sie pro Jahr im Krankenhaus (gewesen)?	___ Tage / Jahr	___ Tage / Jahr	___ Tage / Jahr

Teil II:

1. Am meisten hat mir in der Therapie geholfen

.....

.....

.....

.....

2. Weniger gut gefallen, bzw. hinderlich fand ich

.....

.....

.....

.....

3. Aus heutiger Sicht hätte ich in meiner Therapie zusätzlich Folgendes gemacht, gefragt oder angeregt, wenn ich selbst der Therapeut gewesen wäre:

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Absender:

Dr. Dr. Herbert Mück
Pattscheider Weg 29

51061 Köln

Diesen Briefbogen können Sie für einen Fensterumschlag benutzen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Dr. Dr. Herbert Mück