



# FRAGEBOGEN

Datum:

## 1. Angaben zur Person

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

Staatsbürgerschaft:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefonnummer:

Sozialversicherungsnummer:

Versichert bei:

Kontaktperson:

Telefonnummer - Kontaktperson:

## 2. Aktuelle Lebenssituation

**Aktueller Familienstand:**

- ledig
- verheiratet
- feste Partnerschaft
- getrennt lebend
- geschieden

**Aktuelle Lebens- und Wohnsituation:**

- alleinlebend
- bei den Eltern
- mit Partner
- bei Freunden / Geschwistern
- WG
- Justizanstalt
- andere Einrichtung (bitte angeben)



### Höchste positiv abgeschlossene Schulbildung:

Volksschule

Polytechnikum

Hauptschule

AHS/BHS

### Berufliche Situation:

#### Erlerner Beruf:

---

#### Lehrabschlussprüfung:

Ja

Nein



#### Zuletzt ausgeübter Beruf:

---

#### Arbeitslos seit:

---

### Aktuelle Einkommenssituation:

**AMS** € 

---

**Sozialhilfe** € 

---

**I-Pension** € 

---

**Rehabilitationsgeld** € 

---



**Sonstiges** € 

---

#### Angaben zu sonstigen Bezügen:

---





### 3. Jetzige Beschwerden

**Beschreibe mit deinen eigenen Worten diejenigen Probleme und Beschwerden, aufgrund derer du zu uns kommen möchtest:**

---

**Worin siehst du die Ursachen deiner Probleme? Beschreibe diese Ursachen:**

---

**Wann sind deine Probleme/Beschwerden erstmals aufgetreten? Beschreibe die Entwicklung:**



**Bitte kreuze alle Beschwerden/Probleme an, die auf dich zutreffen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung                 | <input type="checkbox"/> Über- oder Untergewicht                     |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                        | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken /-pläne                  |
| <input type="checkbox"/> Morgentief                             | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch/e                         |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten          | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme                           |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme                     | <input type="checkbox"/> Erleben, selbst nicht wirklich da zu sein   |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust                         | <input type="checkbox"/> eigene Gefühle fühlen sich fremd an         |
| <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe                   | <input type="checkbox"/> andauerndes Bedrohungsgefühl                |
| <input type="checkbox"/> dauernde Müdigkeit                     | <input type="checkbox"/> häufige Scham                               |
| <input type="checkbox"/> starke Erschöpfung                     | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle                               |
| <input type="checkbox"/> Angst                                  | <input type="checkbox"/> Alpträume                                   |
| <input type="checkbox"/> Phobien                                | <input type="checkbox"/> Wutanfälle, die ich nicht steuern kann      |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken                          | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung                            |
| <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß-Gedanken                | <input type="checkbox"/> innere Verwirrung oder Zerrissenheit        |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit                             | <input type="checkbox"/> Konflikt/e mit dem Gesetz                   |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen                              | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                              | <input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch          |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden                        | <input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Nikotingebrauch          |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals | <input type="checkbox"/> Drogengebrauch                              |
| <input type="checkbox"/> Taubheits- oder Kribbelgefühle         | <input type="checkbox"/> häufiger Schmerzmittelgebrauch              |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche                       | <input type="checkbox"/> häufiger Abführmittelgebrauch               |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                          | <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken oder -handlungen             |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus                               | <input type="checkbox"/> übermäßiger Perfektionismus                 |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden                  | <input type="checkbox"/> hohes Bedürfnis nach Anerkennung            |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz                               | <input type="checkbox"/> Angst vor Intrigen oder Verfolgung          |
| <input type="checkbox"/> Fressanfälle                           | <input type="checkbox"/> starkes Misstrauen gegen andere             |
| <input type="checkbox"/> Hungern                                | <input type="checkbox"/> Einzelgängertum                             |



## 4. PsychiaterInnen und TherapeutInnen

**Bist du wegen deiner Beschwerden von einem Arzt untersucht worden?**

Ja     Nein    Falls ja, wann und mit welchem Ergebnis?

---

**Bist du derzeit oder warst du schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?**

Ja     Nein    Falls ja, bei wem, wann, wie lange und aus welchem Grund?

---

**Warst du schon in einer anderen Therapieeinrichtung?**

Ja     Nein    Falls ja, wo, wann, wie lange und Gründe für den Abbruch?

---

**Wurde bei dir bereits eine Diagnose gestellt?**

Ja     Nein    Wenn ja, welche? (Lege bitte vorhandene Arztbriefe diesem Fragebogen bei)

---



## 5. Umgang mit Alkohol, Drogen und Medikamenten

### Welche Medikamente nimmst du zurzeit und in welchen Dosierungen?

Morgens:

---

Mittags:

---

Abends:

---

### Wann hast du das erste Mal Alkohol konsumiert und wie sieht dein Trinkverhalten heute aus?

---

### Nimmst oder nahmst du Drogen ein?

Ja     Nein    Wenn ja, welche Drogen, Zeitraum und Mengen?

---

### Bist du im Substitutionsprogramm?

Ja     Nein    Wenn ja, welcher Arzt, welches Präparat, welche Dosierung?

---

### Nimmst du Benzodiazepine (z.B. Praxiten, Somnubene)?

Ja     Nein    Wenn ja, welche Benzodiazepine, Zeitraum und Mengen?

---

### Wenn du heute einen Drogentest machen würdest, welche Drogen würden positiv aufscheinen?

---

Dieses Formblatt ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Seine Verwendung, insbesondere seine Vervielfältigung oder datentechnische Umsetzung ist nur mit Zustimmung von öTPZ-Traumapädagogikzentrum und/oder von Verein Ubuntu möglich.



## 6. Verurteilungen und Haftzeiten

**Hattest du schon einmal Konflikte mit dem Gesetz? Gibt es bestehende Verurteilungen?**

Ja     Nein    Wenn ja, aus welchem Grund?

---

**Warst du schon einmal in Haft?**

Ja     Nein    Wenn ja, wann, wo und wie lange?

---

**Hast du einen Bewährungshelfer?**

Ja     Nein    Wenn ja, bitte Name und Telefonnummer angeben.

---

**Hast du noch laufende Verfahren?**

Ja     Nein    Wenn ja, wann, wo und welches Aktenzeichen?

---

**Hast du eine gerichtliche Weisung zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen?**

Ja     Nein    Wenn ja, welche und bei welchem Richter/welcher Richterin?

---



## 7. Zielsetzung für die Rehabilitation

**Welche Ziele strebst du mit einem Aufenthalt bei uns an?**

**Wer oder was motiviert dich für die Rehabilitation in der Facheinrichtung Ubuntu?**

**Was erwartest du dir von der Rehabilitation in der Facheinrichtung Ubuntu?**

**Noch eine letzte Frage. Wie bist du auf Ubuntu aufmerksam geworden?**

**Wichtig! Nicht vergessen, vorhandene Arztbriefe (in Kopie) beizulegen.**