

Bitte urschriftlich zurück an:

Stadt Leipzig  
Sozialamt  
Abteilung 50.6

04092 Leipzig

## Fragebogen zu seelischen Beeinträchtigungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. kurze Beantwortung der Frage)

**Aktenzeichen** (sofern vorliegend):

**Name der antragstellenden Person:**

**Geb.-Datum:**

### 1) Angaben zur Alltagsgestaltung:

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| Berufstätigkeit:  | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein        |
| Tätigkeit   | <input type="checkbox"/> vollschichtig          | <input type="checkbox"/> Teilzeit    |
| Erwerbsminderungsrente  | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein        |
| Arbeitsunfähigkeit (letztes Jahr):                              | <input type="checkbox"/> ja (Zeitraum:        ) | <input type="checkbox"/> nein        |
| Partnerschaft:  | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein        |
| Soziale Kontakte außerhalb der Familie (Freunde/Nachbarn etc.): | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein (s.u.) |
| Hobbys (welche):  | <input type="checkbox"/> ja (s.u.)              | <input type="checkbox"/> nein        |
| Hilfe im Haushalt erforderlich:                                 | <input type="checkbox"/> ja (s.u.)              | <input type="checkbox"/> nein        |
| Selbständige Alltagsgestaltung:                                 | <input type="checkbox"/> ja (s.u.)              | <input type="checkbox"/> nein        |
|   | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein (s.u.) |

- 2) **Welche Beschwerden beeinträchtigen Sie im Alltag? Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Alltag und die Beeinträchtigungen näher dabei (z.B. bei Tagesstruktur, Arbeit, Haushalt, Garten, Sport, Hobbies, Freizeitgestaltung, Urlaub, Veranstaltungen, Familienfeiern?)! Gibt es dabei besondere Belastungen z.B. durch die Pflege von Angehörigen?** (ggf. gesondertes Blatt verwenden)

**3) Haben Sie ärztliche Hilfe deswegen in Anspruch genommen?**

nein       ja      von wem?  Hausarzt    Facharzt    Sonstige

**4) Erfolgt eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung?**

nein                                       ja  
(dann bitte nachfolgende Fragen beantworten)

durchgehend  
 seit .....  mit Pausen von..... bis.....  
 aktuelle Therapie       die letzte Therapie fand ..... statt

Vorstellungshäufigkeit im letzten Jahr:  
 stationäre/teilstationäre Behandlungen in den letzten 3 Jahren:  
 Rehabilitationsbehandlungen in den letzten 3 Jahren:

**5) Wo erfolgte die Behandlung?**

Name:  
Anschrift:  
Letzter Termin:

**6) Welche Medikamente werden eingenommen und wie?**

**7) Hat es im Verlauf der letzten Jahre eine wesentliche Veränderung gegeben?**

nein                       ja - bitte beschreiben Sie inwiefern

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

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