

**Selbstauskunft für Anmeldung**  
zur Abklärung im FETZ am Universitätsklinikum Magdeburg ([www.fetz-magdeburg.de](http://www.fetz-magdeburg.de))

**E-Mail: [fetz@med.ovgu.de](mailto:fetz@med.ovgu.de) oder Fax: 0391-6714236**

Pat.-Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Derzeitige oder frühere Diagnose einer Psychose?  NEIN  JA

Alkohol- / Substanzmissbrauch bekannt?  NEIN  JA, NUR FRÜHER  JA, DERZEIT


Substanz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name Arzt/Ärztin bzw. Psychologe/in: \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung / Spezialisierung: \_\_\_\_\_

Praxis-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Bei mir sind folgende Symptome in den letzten Monaten neu aufgetreten (bitte ankreuzen):**

<b>1. Leistungsknick</b> in der Schule / Ausbildung / Studium aus unklarer Ursache Ich habe <b>nahe Verwandte mit einer Psychose-Erkrankung</b> (z.B. bipolare bzw. manisch-depressive Erkrankung, schizoaffektive Erkrankung, Schizophrenie, wahnhaftige Störung) oder Autismus	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>2. ungewöhnliche Ideen und Eindrücke:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin misstrauischer anderen Menschen gegenüber geworden</li> <li>• Ich habe vermehrt das Gefühl, dass mir andere Böses wollen, z.B. mich verfolgen oder bedrohen</li> <li>• Ich beziehe Blicke, Gesten, Aussagen anderer Menschen vermehrt auf mich selbst</li> <li>• Ich habe in letzter Zeit den Eindruck, meine Gedanken können von anderen gelesen werden</li> <li>• Ich habe in letzter Zeit den Eindruck, meine Gedanken werden "von außen gemacht"</li> <li>• Ich beschäftige mich in letzter Zeit mehr mit magischen Themen, wie z.B. Geistern, Hexerei oder Geheimbünden, Außerirdischen, obwohl Familie oder Freund*innen dies sehr ungewöhnlich finden</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>3. Wahrnehmungsabweichungen oder Halluzinationen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe in letzter Zeit Stimmen gehört, die sich z.B. unterhielten oder meinen Namen riefen, obwohl niemand da war oder andere Personen dies nicht hören können</li> <li>• Ich habe in letzter Zeit unerwartet die Anwesenheit von etwas/ jemand gespürt, obwohl nichts zu sehen war</li> <li>• Ich habe in letzter Zeit unerwartet Dinge gesehen, die andere nicht sehen konnten</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>4. neue ungewöhnliche Denk- und Sprechweise:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere Menschen haben mir rückgemeldet, dass ich in letzter Zeit oft von einem zum anderen Gedanken springe oder mich in Details verliere</li> <li>• Andere Menschen haben mir rückgemeldet, dass ich in letzter Zeit oft nicht auf den Punkt komme</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>5. neue selbsterlebte Störungen im Denken und der Aufmerksamkeit:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe in letzter Zeit Probleme, die Aufmerksamkeit auf mehrere Dinge gleichzeitig zu richten ("Multi-Tasking" funktioniert nicht mehr), so dass ich nur das eine oder das andere machen kann</li> <li>• Ich habe in letzter Zeit den Eindruck, nicht mehr so flüssig und präzise wie gewöhnlich zu sprechen oder länger nachdenken zu müssen, um die passenden Wörter zu finden</li> <li>• In letzter Zeit verliere ich häufiger den gedanklichen roten Faden oder die Gedanken reißen ab</li> <li>• In letzter Zeit verliere ich häufiger die Kontrolle über meine Gedanken, so dass mir manchmal eine Vielzahl von Gedanken durch den Kopf schießt, die völlig durcheinander sind</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>6. Außerdem traten folgende weitere psychischen Beschwerden auf:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Depressionen</b></li> <li>• <b>Ängste</b></li> <li>• <b>Vermehrte Zwanghaftigkeit:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ich musste ein und dieselben Gedanken immer wieder denken obwohl ich das sinnlos / beschämend fand (<b>Zwangsgedanken</b>)</li> <li>b) Ich musste bestimmte Handlungen immer wiederholen obwohl ich das sinnlos fand (<b>Zwangshandlungen</b>): z.B. so oft kontrollieren, ob die Türe zugesperrt ist (Kontrollzwang), dass ich zur Arbeit zu spät komme; Kleiderkasten stundenlang immer wieder neu sortieren (Ordnungszwang); so oft die Hände waschen, bis sie wund sind (Wasch- und Reinigungszwang); Dinge, Handlungen oder Schritte immer wieder zwingend zählen (Zählzwang).</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Wurden mehrere Fragen mit Ja beantwortet?</b>	 <b>mehrere JA bitte melden!</b>