

Selbstauskunft für Anmeldung zur Abklärung im FETZ am Universitätsklinikum Magdeburg (www.fetz-magdeburg.de)

E-Mail: fetz@med.ovgu.de oder Fax: 0391-6714236

Pat.-Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Wohnort-Adresse: _____ Telefon: _____

Derzeitige oder früher Diagnose einer Psychose? _____ NEIN JA
Gibt es andere vorbekannte psychische Erkrankungen? _____
Ist eine Hirnschädigung bei der Geburt / danach aufgetreten? _____ NEIN JA weiß ich nicht
Wurde eine Bilduntersuchung des Gehirns gemacht (z.B. MRT,CT) _____ NEIN JA, DATUM _____, Befund?
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):

1. Leistungsknick in der Schule / Ausbildung / Studium aus unklarer Ursache Ich habe nahe Verwandte mit einer Psychose-Erkrankung (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
2. ungewöhnliche Ideen und Eindrücke: <ul style="list-style-type: none"> • Ich bin misstrauischer anderen Menschen gegenüber geworden • Ich habe vermehrt das Gefühl, dass mir andere Böses wollen, z.B. mich verfolgen oder bedrohen • Ich beziehe Blicke, Gesten, Aussagen anderer Menschen vermehrt auf mich selbst • Ich habe in letzter Zeit den Eindruck, meine Gedanken können von anderen gelesen werden • Ich habe in letzter Zeit den Eindruck, meine Gedanken werden "von außen gemacht" • 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 	<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
3. Wahrnehmungsabweichungen oder Halluzinationen: <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Ich habe in letzter Zeit unerwartet die Anwesenheit von etwas/ jemand gespürt, obwohl nichts zu sehen war • Ich habe in letzter Zeit unerwartet Dinge gesehen, die andere nicht sehen konnten 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
4. neue ungewöhnliche Denk- und Sprechweise: <ul style="list-style-type: none"> • Andere Menschen haben mir rückgemeldet, dass ich in letzter Zeit oft von einem zum anderen Gedanken springe oder mich in Details verliere • Andere Menschen haben mir rückgemeldet, dass ich in letzter Zeit oft nicht auf den Punkt komme 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
5. neue selbsterlebte Störungen im Denken und der Aufmerksamkeit: <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 • In letzter Zeit verliere ich häufiger den gedanklichen roten Faden oder die Gedanken reißen ab • 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 	<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
6. Außerdem traten folgende weitere psychischen Beschwerden auf: <ul style="list-style-type: none"> • Depressionen • Ängste • Vermehrte Zwanghaftigkeit: <ul style="list-style-type: none"> a) Ich musste ein und dieselben Gedanken immer wieder denken obwohl ich das sinnlos / beschämend fand (Zwangsgedanken) b) Ich musste bestimmte Handlungen immer wiederholen obwohl ich das sinnlos fand (Zwangshandlungen): 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). 	<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
Wurden mehrere Fragen mit Ja beantwortet?	mehrere JA bitte melden!