



PSYCHISCH STARK

Ganzheitliche Psychotherapie

Julia Höpfner

Rupprechtstr. 8

10317 Berlin

Telefon 0176-234 03 033

Mail: info@psychisch-stark.de

ANMELDEBOGEN GRUPPENPSYCHOTHERAPIE ENFOMETRIOSE

Persönliche Daten

Name, Vorname & Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Beruf

Angaben zur Endometriose-Erkrankung

Wann wurde bei Ihnen Endometriose diagnostiziert?

Welche Symptome belasten Sie am meisten? (Bitte ankreuzen. Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Chronische Unterleibsschmerzen
- ☐ Schmerzen während der Menstruation
- ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Verdauungsbeschwerden (Blähungen, Übelkeit, Durchfall, Verstopfung)
- ☐ Erschöpfung / Fatigue
- ☐ Unerfüllter Kinderwunsch / Fertilitätsprobleme
- ☐ Schmerzen beim Wasserlassen / Stuhlgang
- ☐ Sonstiges: _____

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Hormonelle Therapie (Pille, Gestagen, GnRH-Analoga)
- ☐ Operative Eingriffe (Laparoskopie, Bauchspiegelung)
- ☐ Schmerztherapie / Schmerzmedikation
- ☐ Kinderwunschbehandlung
- ☐ Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur, TCM, Osteopathie)
- ☐ Sonstiges: _____

Wie stark schätzen Sie Ihre aktuelle Schmerzbelastung ein? (0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen - Bitte ankreuzen)

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Psychische Belastung und bisherige Therapieerfahrungen

Wie sehr fühlen Sie sich durch die Erkrankung psychisch belastet? (0 = gar nicht, 10 = extrem)

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Welche psychischen Belastungen erleben Sie im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung?(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ängste (z. B. vor Schmerzen, vor Unfruchtbarkeit, vor Operationen)
- ☐ Depressive Verstimmungen / Niedergeschlagenheit
- ☐ Gefühl von Hilflosigkeit oder Kontrollverlust
- ☐ Scham- oder Schuldgefühle
- ☐ Belastung in Partnerschaft / Sexualität
- ☐ Soziale Isolation / Rückzug
- ☐ Belastung am Arbeitsplatz / im Alltag
- ☐ Sonstiges:

Haben Sie bereits psychotherapeutische Erfahrungen?

- ☐ Ja, Einzeltherapie - wann & wie lange?

- ☐ Ja, Gruppentherapie - wann & wie lange?

Sofern bisher Therapie erfolgt ist, bitte Diagnose/Grund der Therapie angeben:

- ☐ Nein

Motivation und Erwartungen

Warum möchten Sie an einer Gruppentherapie teilnehmen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Austausch mit anderen Betroffenen
- ☐ Besserer Umgang mit Schmerzen
- ☐ Unterstützung bei psychischer Belastung
- ☐ Stärkung des Selbstwertgefühls
- ☐ Erlernen von Entspannungs- und Bewältigungsstrategien
- ☐ Sonstiges:

Was erhoffen Sie sich von der Gruppe?

Lebensstil

Bitte machen Sie einige grobe Angaben zu Ihrer Ernährungsweise:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Ja - Welche?

Substanzgebrauch

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol, Nikotin oder andere Substanzen?

- ☐ Ja - Wenn ja, welche & wie häufig? _____

- ☐ Nein, keine der genannten Substanzen

Schlaf und Erholung

Wie schätzen Sie Ihre Schlafqualität ein? (0 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Haben Sie Ein- oder Durchschlafprobleme?

- ☐ Ja, wie folgt: _____
- ☐ Nein

Soziales Umfeld

Fühlen Sie sich in Ihrem sozialen Umfeld ausreichend unterstützt?

- ☐ Ja
- ☐ Teilweise
- ☐ Nein

Gibt es Personen in Ihrem Umfeld, die von Ihrer Erkrankung wissen?

- ☐ Ja - Wer? _____
- ☐ Nein

Leben Sie in einer Partnerschaft?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Organisatorisches

Wie sind Sie auf das Gruppenangebot aufmerksam geworden?

- ☐ Über meine Gynäkologin / meinen Gynäkologen
- ☐ Über eine Selbsthilfegruppe
- ☐ Über das Internet/Soziale Medien und zwar dort: _____
- ☐ Über Empfehlung von Bekannten
- ☐ Sonstiges: _____

Gibt es Themen, die Sie in der Gruppe auf keinen Fall besprechen möchten?

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben im Rahmen der Gruppentherapie vertraulich behandelt und ausschließlich zu therapeutischen Zwecken verwendet werden. Ich wurde über die Schweigepflicht und deren Grenzen aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift