

Levnadshistoria och nuvarande problem

Underlag till bedömningsamtal

Syftet med detta frågeformulär är att din KBT-terapeut (kognitiva beteendeterapeut) ska få detaljerad information om din bakgrund, nuvarande livssituation och aktuella besvär. Genom att besvara frågorna så fullständigt och sanningsenligt som du kan underlättar du terapeutens bedömning av dina besvär samt planeringen av eventuell behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Formuläret syftar även till att hjälpa dig att i förväg tänka igenom olika frågor som kommer att diskuteras närmare under samtalet. **Formuläret är strikt konfidentiellt och behandlas som en journalhandling.**

1. Person- och adressuppgifter

Namn	Personnummer
Adress, bostaden	Postadress, bostaden
Telefon, bostaden	Telefon, mobil
E-postadress	Fax
Ev. kompletterande kontaktkanaler (t.ex. telefon/mobil till arbete, make, förälder, etc.)	

2. Civilstånd

<input type="checkbox"/> Ogift
<input type="checkbox"/> Gift. Sedan: Makens/makans ålder och yrke:
<input type="checkbox"/> Frånskild. Sedan:
<input type="checkbox"/> Änka/änkling. Sedan:

3. Boendeförhållanden

<input type="checkbox"/> Bor ensam
<input type="checkbox"/> Bor tillsammans med make/maka
<input type="checkbox"/> Sammanboende. Sedan: Sambos ålder och yrke:
<input type="checkbox"/> Bor tillsammans med barn. Hur många: Hur gamla:
<input type="checkbox"/> Bor tillsammans med föräldrar
<input type="checkbox"/> Övrigt. Ange vad:
Bor du i lägenhet, villa, studentkorridor, annat boende? Specificera:

4. Utbildningsbakgrund

<input type="checkbox"/> Grundskola
<input type="checkbox"/> Gymnasieskola, linje/program:
<input type="checkbox"/> Universitet/högskola, kurser, linje/program:
<input type="checkbox"/> Folkhögskola, kurs/kurser:
<input type="checkbox"/> Övrigt (folkskola, realskola, fackskola, etc.): Specificera:

Hur har du trivts i skolan?
Styrkor/svagheter i skolarbetet:

5. Yrkesbakgrund och nuvarande sysselsättning

Arbete/arbetsplats	Tidsperiod	Vad tyckte du om/inte om med arbetet?

Nuvarande sysselsättning:	Sedan när:
<input type="checkbox"/> Egen företagare, nämn typ av rörelse	
<input type="checkbox"/> Anställd, som vad:	
<input type="checkbox"/> Arbetslös	
<input type="checkbox"/> Studerande/typ av studier:	
<input type="checkbox"/> Hemarbetande	
<input type="checkbox"/> Ålderspension/förtidspension	
<input type="checkbox"/> Sjukbidrag	
<input type="checkbox"/> Annat, vad:	
Arbetsförhållanden för närvarande:	
<input type="checkbox"/> Heltidsarbete	
<input type="checkbox"/> Deltidsarbete, hur många procent: _____ %	
<input type="checkbox"/> Tjänstledig, sedan när: _____ Av vilket skäl:	
<input type="checkbox"/> Sjukskriven, sedan när: _____ För vad:	
<input type="checkbox"/> Övrigt, ange vad:	

Hur tillfreds är du med din nuvarande sysselsättning?
Har Din nuvarande sysselsättning något att göra med Dina problem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, på vilket sätt?

6. Ekonomi

Har det hänt att Du under de senaste 12 månaderna haft svårigheter med att klara de löpande utgifterna för mat
Om ja, har din ekonomiska situation något samband med dina problem och i så fall på vilket sätt?

7. Nuvarande problem

Vilka nuvarande problem vill du ha psykologisk behandling för? Om du har flera problem, rangordna dem så att det för dig viktigaste problemet står först . Om utrymmet inte räcker till använd gärna ett separat papper.
Hur länge har du haft ovan nämnda problem?
Sedan problemen debuterade, har du då upplevt perioder då du varit besvärsfri?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, när?
Vad hände i ditt liv då?

Vad gjorde att problemen kom tillbaka?
Vad tror du orsakar dina problem?
Vilka konsekvenser för ditt liv får det att du har dessa problem?

8. Erfarenheter av påfrestande livshändelser

<p>Ibland råkar vi människor ut för saker som är rejält obehagliga – det kan vara livshotande situationer som olika former av naturkatastrofer, olyckor, bränder, att bli våldtagen eller misshandlad. Det kan även vara att se någon annan dö / bli svårt skadad eller att höra om saker som någon som står dig nära har upplevt. Har du någon gång under ditt liv varit med om något sådant?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, beskriv då händelsen eller händelserna nedan samt när de inträffade</p>
<p>Tror du ovan beskrivna händelse/händelser har någon betydelse för dina nuvarande problem?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, berätta varför:</p>

9. Tidigare och pågående behandlingar

Psykoterapi/psykologisk behandling

Har Du tidigare erhållit någon psykologisk behandling för dessa problem?

Ja Nej Om ja, ange i kronologisk ordning psykoterapeutens namn/ort, typ av terapi, tidsperiod, antal sessioner (träffar)

Psykoterapeut/ort	Typ av terapi	Tidsperiod	Antal sessioner

Vad är dina synpunkter på de tidigare behandlingar du erhållit för dina besvär?

<u>Aktuell psykologisk behandling</u>
Går du i någon form av psykologisk behandling idag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv typ av terapi, hur länge du har gått i terapin/antal sessioner, arbetssätt, mål med terapin och anledningen till varför du söker ny terapi trots annan pågående terapi.

Läkemedelsbehandling (psykofarmaka)

Har Du tidigare erhållit någon läkemedelsbehandling för dina psykiska besvär?:

Ja Nej Om ja, ange typ av läkemedel, dos, behandlande läkare (om du själv beställt via Internet ange det) samt hur länge du medicinerade med läkemedlet.

Läkemedel	Dos	Utfärdat av	Behandlingslängd (vilket år/vilka år)

Vad är dina synpunkter på läkemedelsbehandlingen? Vilka läkemedel hjälpte/hjälpte inte? På vilket sätt hjälpte de om de hjälpte? Varför sattes läkemedlet ut? Vilka läkemedel gav besvärande biverkningar? Vilka biverkningar?

Aktuell läkemedelsbehandling

Använder Du idag psykofarmaka (lugnande, sömnmediciner, antidepressiva, etc.)?

Ja Nej

Om ja, ange vilket/vilka läkemedel och vilken/vilka dos/doser:

Hur länge har du använt dessa läkemedel?

Ange namn på läkare som skrivit ut läkemedlen och adress till dennes mottagning:

Vad är dina synpunkter på eventuella pågående läkemedelsbehandlingar?

10. Fritid

Vad gör du på din fritid/vad är du intresserad av?

Vad har du tidigare gjort på din fritid/varit intresserad av?

11. Hälsa

Ange de viktigaste somatiska sjukdomar som du haft tidigare:			
Lider Du för närvarande av några somatiska sjukdomar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om ja, vilka (t.ex. astma, högt blodtryck, diabetes, hjärtbesvär)?			
Har Du någon gång opererats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om ja, för vad och när?			
Läkare som du har kontakt med för dina somatiska besvär:			
Namn:			
Fullständig adress:			
När genomgick du senast en läkarundersökning?			
Vad gav den för resultat?			
Använder du några läkemedel för närvarande för dina somatiska besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om ja, ange vilka:			
Använder du några hälsokostpreparat för närvarande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om ja, ange vilket/vilka:			

12. Fysisk aktivitet/motion

Motionerar du regelbundet?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om ja, vilka/vilken aktiviteter/aktivitet?			
Aktivitet (simning, löpning, styrketräning, promenader, etc.)	Minuter/ Tillfälle	Frekvens/ vecka	Intensitet (upplevd ansträngning)

Hur länge har du hållit på med dessa aktiviteter?	
År:	Månader:
Om du inte motionerar/är fysiskt aktiv, varför inte?	
Om du tidigare har varit fysiskt aktiv/motionerat regelbundet, varför slutade du?	

13. Vikt

Nuvarande vikt och längd:	Målvikt:
Lägsta vikt/datum:	Högsta vikt/datum:

14. Familjebakgrund

Fanns din mor och din far i Ditt hem under hela Din uppväxt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om nej, beskriv närmare:

Mor Vid liv Avliden

Om vid liv, nuvarande ålder:	Yrke:
Om avliden, vilket årtal:	Dödsorsak:
Hälsa:	
Hur var/är din relation till din mor?	

Far Vid liv Avliden

Om vid liv, nuvarande ålder:	Yrke:
Om avliden, vilket årtal:	Dödsorsak:
Hälsa:	
Hur var/är din relation till din far?:	

Eventuella syskon

Bror/syster	Födelseår	Hur är din relation till dessa?

Har någon i din familj (föräldrar, syskon, farföräldrar etc.) behandlats för psykiska problem (t.ex. ångest, depression eller liknande) eller haft sådana problem utan att söka hjälp?:

Ja Nej

Om ja, fyll i nedanstående uppgifter så fullständigt som möjligt:

Släkting	Tidsperiod	Problem/ev. behandling

15. Alkohol-, narkotika-, tobaks- och koffeinbruk

Dricker du alkohol ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, hur mycket?		
Har det förekommit perioder då du druckit mer än så?:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har Ditt drickande någon gång orsakat dig problem?:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv närmare:		
Har någon, läkare, partner, etc. ansett att du har alkoholproblem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv närmare:		

Har du någon gång använt droger som LSD, marijuana/hasch, kokain, amfetamin?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv närmare:

Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur många cigaretter/dag?
Dricker du kaffe/koffeinhaltiga drycker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur mycket?

16. Typisk dag

Beskriv kortfattat vad du gör en typisk dag, från det att du vaknar tills du lägger dig.

06.00-07.00	
07.00-08.00	
08.00-09.00	
09.00-10.00	
10.00-11.00	
11.00-12.00	
12.00-13.00	
13.00-14.00	
14.00-15.00	
15.00-16.00	
16.00-17.00	
17.00-18.00	
18.00-19.00	
19.00-20.00	
20.00-21.00	
21.00-22.00	
22.00-23.00	
23.00-24.00	
24.00-01.00	

Ev. kommentar till beskrivningen av typisk dag. T.ex., hur nöjd är du med din "aktivitetsnivå" och "balansen" mellan olika aktiviteter?

17. Religion

Blev Du uppfostrad i en religiös atmosfär?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv närmare:		

Deltar Du för närvarande i religiösa aktiviteter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv närmare:		

18. Förväntningar på eventuell behandling

Vad ser du som målet med behandlingen? Vilken förändring skulle Du vilja åstadkomma?
Hur skulle ditt liv förändras om problemet helt försvann?
Vilka förväntningar har du angående hur behandlingen med kognitiv beteendeterapi kommer att gå till?
Hur fick du kännedom om denna mottagning?

19. Vad är viktigt för dig

Ange nedan sådant som du i ditt dagliga liv får tillfredsställelse genom och som du värderar som viktigt.

20. Framtiden

Berätta om dina planer, förhoppningar och drömmar beträffande framtiden:

21. Ytterligare upplysningar

Nämnd sådant som inte har täckts av i detta frågeformulär och som du tror kan vara av betydelse för att förstå dina problem (använd separat papper eller baksidan om utrymmet inte räcker till):

22. Själva formuläret

Hur upplevde du att fylla i formuläret?

Tack!