

**Psychosoziale Beratungsstelle**

**für Studierende**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: |       |  |
|  |  |  |
| ID-Code Student: | (wird intern ausgefüllt) |  |

**Fragebogen für Studierende**

Dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung Ihres Erstgespräches. Daher bitten wir Sie, die Fragen sorgfältig zu beantworten. Selbstverständlich fallen Ihre Angaben unter die berufliche Schweigepflicht und sind datengeschützt.

**I. Angaben zur Person**

 Familienstand:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | ledig |
| [ ]  | verlobt oder in fester Partnerschaft lebend |
| [ ]  | verheiratet |
| [ ]  | verheiratet, aber getrennt lebend |
| [ ]  | Sonstiges und zwar |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Haben Sie Kinder? | [ ]  ja | [ ]  nein |

 Staatsangehörigkeit:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | deutsch |
| [ ]  | doppelte Staatsbürgerschaft |
| [ ]  | andere, und zwar |       |

**II. Angaben zum Studium**

 **1) Was ist ihr derzeitiger Ausbildungsstatus? (keine Mehrfachnennung)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Student/in | (weiter mit Frage 2) |
| [ ]  | Doktorand/in | (weiter mit Frage 2) |
| [ ]  | exmatrikuliert | (weiter mit Frage 5) |
| [ ]  | Anderes: |       |

 **2) An welcher Hochschule sind Sie derzeit eingeschrieben?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Universität Ulm |  |
| [ ]  | Hochschule Ulm |  |
| [ ]  | Hochschule Neu-Ulm |  |
| [ ]  | Hochschule Biberach |  |
| [ ]  | Sonstige Ausbildungseinrichtungen: |       |

**3) Welche(s) Fach / Fächer studieren Sie derzeit?**

|  |  |
| --- | --- |
| Studienfach: |       |
|  |  |
| Sonstige: |       |

 **4) Stand des derzeitigen Studiums:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| In welchem Fachsemester sind Sie derzeit? |    |  |
|  |  |
| In welchem Hochschulsemester sind Sie derzeit? |  |
| (Studiendauer insgesamt, einschließlich Urlaubssemester) |    |  |

 **5) Haben Sie Ihr Studium schon einmal (mehrmals) für ein Semester oder länger unterbrochen?**

Als "Unterbrechung" gilt, wenn Sie ein Urlaubssemester eingelegt

oder einfach nichts für das Studium getan haben.

 [ ]  nein [ ]  ja

 Falls Ja:
 wie lange haben Sie Ihr Studium unterbrochen? (Angaben in Semesteranzahl)

 aus welchem Grund haben Sie Ihr Studium unterbrochen?

|  |
| --- |
|       |

 **6) Wie haben Sie Ihre Hochschul- bzw. Fachhochschulreife erreicht?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | direkt |  |
| [ ]  | über den zweiten Bildungsweg |  |

**7) Sind Ihrem jetzigen Studium andere Berufsausbildungen vorangegangen?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | ja, abgeschlossen  |  |
| [ ]  | ja, abgebrochen |  |
| [ ]  | nein |  |

 **8) Wie wird Ihr Studium überwiegend finanziert?** (Mehrfachnennungen möglich)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Eltern / ein Elternteil |
| [ ]  | Ehe-/Partner/-in |
| [ ]  | Verwandte, Bekannte |
| [ ]  | Ausbildungsförderung nach dem BAföG |
| [ ]  | Studienkredite |
| [ ]  | Eigener Verdienst / Ersparnisse aus Erwerbstätigkeit während des Studiums |
| [ ]  | Rückgriff auf Mittel, die vor dem Studium angesammelt wurden |
| [ ]  | Gelegenheitsjobs |
| [ ]  | Sonstiges und zwar |       |
|  | (z.B. Waisenrente,Firmenstipendium) |       |

9) In welchem Maße sehen Sie sich gezwungen, neben dem Studium erwerbstätig

 zu sein?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| überhauptnicht |  |  |  |  |  |  |  | sehr stark |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |

**III. Angaben zur Soziodemographie**

 **1) Wo, bzw. wie wohnen Sie während des Semesters?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | allein in einem Zimmer / einer Wohnung |
| [ ]  | mit Partner/-in in einer Wohnung zusammen |
| [ ]  | bei den Eltern |
| [ ]  | bei anderen Verwandten |
| [ ]  | im Studentenwohnheim |
| [ ]  | in einer Wohngemeinschaft |
| [ ]  | andere Wohnform: welche? |       |

**IV. Angaben zum familiären Lebenshintergrund**

 **1) Herkunftsfamilie:** Vater Mutter

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alter in Jahren |       |  |       |
|  |  |  |  |
| Beruf |       |  |       |
|  |  |  |  |
| Nationalität |       |  |       |
|  |  |  |  |
| Falls verstorbenTodesjahr |       |  |       |

 **2) Sind/waren Ihre Eltern geschieden oder getrennt lebend?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | nein |
| [ ]  | ja, wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der Trennung? |       |

 **3) Haben Sie Geschwister / Stiefgeschwister?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | nein |
| [ ]  | ja  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Geschlecht |  | Geburtsjahr |  | Beruf |
|  |   |      |   |       |
|  |  |      |  |       |
|  |  |      |  |       |

 **4) Angaben zu Krankheiten in der Familie:**

Gibt oder gab es in Ihrer Familie belastende Erkrankungen oder seelische Störungen
(z. B. Herzkrankheit, Behinderung, Depression, Selbstmord, Alkoholabhängigkeit o. ä.?)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | nein |
| [ ]  | ja  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Welche Krankheit?  |  | Bei welcher Person? |
|       |  |       |
|       |  |       |

 **5) Lebten Sie während Ihrer Kindheit einige Zeit nicht zu Hause?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | nein |
| [ ]  | ja  |

 Wenn ja:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| von  |       |  | bis  |       |

|  |
| --- |
| Wo / bei wem lebten Sie damals? |
|       |
| Was waren die Gründe für die Trennung? |
|       |

 **6) Sind Ihnen aus Ihrer Kindheit und Jugend einige der unten aufgeführten**

 **Störungen bekannt?**

Geben Sie bitte Ihr damaliges Alter und die Dauer der Störung an

 (z.B. Schlafstörungen: 2 bis 8)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Störung |  | Alter |  | Störung |  | Alter |
|  |  |  |  |  |  |  |
| nächtliche Ängste, Alpträume |  |    |  | spätes Laufen |  |    |
| unerklärliche Ängste |  |    |  | späte Sauberkeit |  |    |
| Asthma |  |    |  | übermäßige Sauberkeit |  |    |
| Bettnässen |  |    |  | Schaukeln, Kopfstoßen |  |    |
| auffallende Bravheit |  |    |  | Schlafstörungen |  |    |
| Daumenlutschen |  |    |  | Schlafwandeln |  |    |
| Einkoten |  |    |  | Spielstörungen |  |    |
| Einzelgänger/-in |  |    |  | spätes Sprechen |  |    |
| Erröten |  |    |  | Sprachstörungen |  |    |
| Essensstörungen |  |    |  | Leistungsstörungen |  |    |
| Haarausreißen |  |    |  | Schwindeln |  |    |
| Hauterkrankungen |  |    |  | Hochstapeln |  |    |
| Herzbeschwerden |  |    |  | Stehlen |  |    |
| Nägelkauen |  |    |  | Weglaufen |  |    |
| Nervosität, Zappeligkeit |  |    |  | Zwänge |  |    |
| Ohnmachten |  |    |  | Ängste vor Gegenständen |  |    |
| Magen- und |  |  |  | und Tieren |  |    |
| Darm-Erkrankungen |  |    |  | Sonstige |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | nein, keine |

 **7) Welche Hobbys haben Sie?**

|  |
| --- |
|       |

**V. Angaben zur Problematik**

 **1) Wie würden Sie die Dinge, die Sie in die Psychosoziale Beratungsstelle geführt**

 **haben, beurteilen?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Existenzbedrohend, es muss ganz dringend etwas geschehen! |
| [ ]  | Deprimierend, quälend, die Lebensqualität ist erheblich beeinträchtigt! |
| [ ]  | Belastend, beängstigend,; die Lebensqualität ist beeinträchtigt! |
| [ ]  | Lästige, störende, ärgerliche Probleme/Sorgen/Belastungen |
| [ ]  | Nicht so problematisch, mehr ein Anlass, Tipps und Informationen zu bekommen |

 **2) Was haben Sie selbst bisher versucht, um mit diesem (Haupt-) Problem zurecht**

 **zu kommen? (Mehrfachnennungen möglich)**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Volkshochschulkurs(e) besucht |
| [ ]  | in Selbsthilfegruppen gegangen |
| [ ]  | sportlich aktiv geworden |
| [ ]  | habe mich abgelenkt |
| [ ]  | habe mich bewusst in die Problemsituation(en) begeben |
| [ ]  | habe mir selbst Mut zugesprochen, mir Positives gesagt |
| [ ]  | habe mich in Arbeit gestürzt |
| [ ]  | habe mich diszipliniert |
| [ ]  | habe mit Freunden/Familienmitgliedern gesprochen |
| [ ]  | habe mir professionelle Hilfe gesucht |
| [ ]  | habe in Büchern Rat gesucht |
| [ ]  | habe bisher noch nichts versucht |
| [ ]  | Sonstiges, und zwar       |

 **3) Jetzige und frühere Behandlungen:**

 Waren Sie schon einmal (bzw. sind Sie derzeit) in psychologischer Beratung

 und/oder psychotherapeutischer, psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | nein | [ ]  | ja |

 Wenn ja - wo waren/sind Sie in Behandlung wegen welcher Beschwerden?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| wo?  |  | weshalb? |  | von – bis? |
|       |  |       |  |       |

 **4) Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | nein | [ ]  | Ja |
| wenn ja, welche? : |       |

**5) Bitte geben Sie im Folgenden an, durch welche(s) Problem(e) Sie sich in letzter Zeit in welchem Ausmaß belastet fühlen:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **studienbezogene Probleme** | **gar** **nicht** | **ein wenig** | **ziem-lich** | **stark** | **sehr stark** |
| Motivations- u./o. Antriebsprobleme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten,Gedächtnisprobleme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Probleme bei Arbeitsorganisation undZeitmanagement, Aufschieben | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Unsicherheit in der Studienwahl, möglicher Studienabbruch/ -wechsel | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Probleme, das Studium abzuschließen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Existenz-, Versagens- und/oder Zukunftsängste (bzgl. Studium und/oder künftigen Beruf) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Finanzierungsprobleme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Angst bei schriftlichen Prüfungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Angst bei mündlichen Prüfungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Prüfungsangst und./oder -versagentrotz guter Kenntnisse | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Redehemmungen (z.B. Diskussionen, Vorträge) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Schreibhemmung/ -blockaden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
|  |  |  |  |  |  |
| **psychosoziale Probleme**  | **gar nicht** | **ein wenig** | **ziem-lich** | **stark** | **sehr stark** |
| depressive Verstimmung, Traurigkeit, Antriebs-losigkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Erschöpfung/ Burnout | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| emotionale Unausgeglichenkeit, Labilität | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Kontaktschwierigkeiten, Isolation, Einsamkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| häufige Konflikte in Beziehungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Problem, keine(n) Partner(in) zu haben/zu finden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Probleme in der Partnerschaft | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Verlusterlebnis (Trennung, Tod) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| Probleme mit der eigenen und/oder der Sexualität des Partners/der Partnerin | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| familiäre Probleme (Eltern, Verwandte) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| allgemeine o. spezielle Ängste, Panikanfälle | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
|
|  | **gar nicht** | **ein wenig** | **ziem-lich** | **stark** | **sehr stark** |
| Entscheidungsschwierigkeiten | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Selbstwertprobleme, Minderwertigkeitsgefühle | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Suchtverhalten (z.B. Alkohol, Drogen, Spielen, PC, Fernsehen usw.) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| körperliche Beschwerden (muskuläre Verspannung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, gehäufte Infekte, Magen-/ Verdauungsbeschwerden usw.) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Probleme mit dem Essen / Essstörungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| schwer beherrschbare Aggressionen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| sonstige Probleme(bitte in Stichworten angeben) |       |

**6) In welchem Maße wird Ihr Studium durch diese Probleme belastet?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nein | schwach | mittel | stark | extrem |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**7) Wie sind Sie auf diese Beratungsstelle aufmerksam geworden?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachnennung möglich)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Empfehlung von einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin oder anderen Therapieeinrichtungen |
| [ ]  | Informationsveranstaltungen der Universität (z.B. Erstsemestereinführung) |
| [ ]  | Plakate/Info-Blätter/andere Informationsbroschüren/ Vorlesungsverzeichnis/ Internetseiten |
| [ ]  | Empfehlung von Familienangehörigen |
| [ ]  | Empfehlung von anderen Kommilitonen |
| [ ]  | Empfehlung von einem/er Dozent/in |
| [ ]  | Empfehlung von anderen Studien- oder/und Fachberatungsstellen |
| [ ]  | Sonstiges, und zwar |       |

 **8) Wie viel Überwindung hat es Sie gekostet, die psychosoziale Beratungsstelle**

 **aufzusuchen?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| gar keine |  |  |  |  |  |  |  | sehr viel |
| [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |  | [ ]  |

 9) Im Folgenden finden Sie mehrere Erwartungen und Hoffnungen, die Studierende

 häufig äußern, wenn Sie zur Beratung kommen. Welche Erwartungen und

 Hoffnungen verbinden sie mit dem Besuch der Psychotherapeutischen

 Beratungsstelle? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | [ ]  | Information, ob psychologische Beratung/Therapie für mich hilfreich sein kann |
|   | [ ]  | Einsichten und Erkenntnis über die Ursachen von Schwierigkeiten |
|   | [ ]  | Selbsterfahrung, sich selbst besser kennen lernen |
|   | [ ]  | sich aussprechen können und hilfreichen Gesprächspartner |
|   | [ ]  | über eine Krise wegkommen |
|   | [ ]  | Ideen und Anregungen bekommen |
|   | [ ]  | Heilung von einer psychischen Erkrankung |
|   | [ ]  | neue Fähigkeiten und Kompetenzen erlernen. |
|   | [ ]  | Andere Hoffnungen und Erwartungen: |       |

Sofern Sie mehr als eine Erwartung angegeben haben, kennzeichnen Sie bitte Ihre wichtigste Erwartung mit einer 1, die zweitwichtigste mit einer 2 usw. in dem dafür vorgesehenem Feld am Beginn jeder Zeile

 10) Versuchen Sie bitte möglichst konkret Ihre Erwartungen und Zielvorstellungen

 für eine Beratung in der PBS zu beschreiben:

 **Subjective Well-Being Scale**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit

im Allgemeinen sowie in Hinblick auf Ihr Studium.

**Bitte orientieren Sie sich bei der Bewertung der Aussagen an den letzten 7 Tagen.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | überhaupt nicht |  |  |  | Sehr stark |
| Wie gesund und leistungsfähig fühlen Sie sich gegenwärtig? |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Sehr schlecht |  |  |  | Sehr gut |
| Wie gut kommen Sie gegenwärtig mit sich selbst zurecht? |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Sehr schlecht |  |  |  | Sehr gut |
| Wie gut kommen Sie gegenwärtig mit anderen zurecht? |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Sehr unzu-frieden |  |  |  | Sehr zufrieden |
| Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrem Leben? |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Sehr unzu-frieden |  |  |  | Sehr zufrieden |
| Wie zufrieden sind Sie mit Ihren gegenwärtigen Studienleistungen? |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Sehr unzu-frieden |  |  |  | Sehr zufrieden |
| Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrer persönlichen Studiensituation? |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Sehr unzu-frieden |  |  |  | Sehr zufrieden |
| Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den Rahmenbedingungen Ihres Studiums? |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |