

Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ambulanz für Sexualmedizin und Sexualtherapie
Von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen

37099 Göttingen **Briefpost**
Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen **Adresse**
0551 39 62007 Telefon

Anderson-Schmidt/so
09.09.2019 **Datum**

Fragebogen für Ihre Erstvorstellung in der Ambulanz für Sexualmedizin und Sexualtherapie an der Universitätsmedizin Göttingen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich, vielen Dank für Ihr Entgegenkommen.

Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefonnummer (Festnetz/Mobil)	<input type="text"/>
Email-Adresse	<input type="text"/>
Muttersprache	<input type="text"/>

Aufgrund welcher Thematik wenden Sie sich an die Sexualambulanz?

- Lustlosigkeit/ vermindertes sexuelles Begehren
- Erregungsprobleme
- Orgasmusprobleme
- Schmerzen bei sexueller Aktivität
- Fetisch
- Gesteigertes sexuelles Verlangen
- Geschlechtsinkongruenz/ Transidentität/ Intersexualität
- Sonstiges (bitte angeben)

Bitte schildern Sie kurz Ihr Anliegen/ Ihre Problematik.

Seit wann leiden Sie unter dieser Problematik? (ungefähre Zeitangabe)

Wie machte sich diese Veränderung bemerkbar?

- Unerwartet und plötzlich
- Allmählich
- Fast unbemerkbar

Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Erkrankungen	Ja	Nein	unbekannt
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz/ Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckererkrankungen/ Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber-/ Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Erkrankungen (z.B. Depression, Angsterkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere (bitte nennen)

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Medikamentenamen	Dosis	Einnahmezeitpunkt	Grund

Haben Sie sich bereits bei einem ärztlichen Kollegen bzgl. Ihrer Problematik vorgestellt? Z.B. in der Urologie/ Gynäkologie/ Endokrinologie/ Psychiatrie, etc.?

Wenn ja, wann und wo?

Nein

Was wünschen Sie sich von Ihrer Vorstellung in der Ambulanz?

- Sexualberatung
- Therapie
- Aufklärung
- Zweitmeinung
- Anderes (bitte angeben)

Sonstige Anmerkungen:

Datum:

Vielen Dank dafür, dass Sie sich die Zeit für die Beantwortung dieser Frage genommen haben. Bitte beachten Sie, dass es sich hier um eine Spezialambulanz und um eine Teilzeitstelle handelt und Sie daher mit längeren Wartezeiten bis zu einem Ersttermin rechnen müssen. Ich bemühe mich, so schnell wie möglich auf Ihr Anliegen zurück zu kommen und werde Ihnen den Erhalt des Formulars bestätigen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Heike Anderson-Schmidt

Psychologin, System. Sexualtherapeutin