

Fragebogen

Psychotherapeutische Sprechstunde

Angaben zur Ihrer Person:

Namen, Vorname:

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich

männlich

Adresse:

Tagsüber erreichbar unter Tel-Nr: _____

Familienstand: _____

Kinder (wenn ja; wie viele und wie alt?) _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Name ihrer Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Geben Sie bitte Name, Ort und Telefonnummer ihres Hausarztes an:

Name, Ort:

Tel:

Sind sie in psychiatrischer/neurologischer Behandlung? Wenn ja, geben Sie bitte Namen, Ort und Telefonnummer Ihres Nervenarztes (Psychiater/Neurologen) an:

Name, Ort:

Tel:

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten Ihre Hauptprobleme, wegen derer Sie eine psychotherapeutische Behandlung wünschen:

Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?

Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen oder nehmen Sie aktuell welche ein?

Medikament

Dosierung

Wann?

Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme in stationärer oder ambulanter Behandlung?

Wo (Name)?	Von wann bis wann?	Stationär/ambulant
------------	--------------------	--------------------

Ist aktuell eine (teil)stationäre Behandlung in einer Klinik geplant oder beantragt?

Wenn ja wo: _____

Von wann bis wann voraussichtlich? _____

Die Therapietermine finden zu einem festen Termin von 50min Dauer (immer am gleichen Wochentag zur gleichen Uhrzeit) statt.

Bitte geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihnen zuverlässig möglich ist, die Termine für Psychotherapie wahrzunehmen?

Wochentag	Vormittags		Nachmittags	
Montag	von	bis	von	bis
Dienstag	von	bis	von	bis
Mittwoch	von	bis	von	bis
Donnerstag	von	bis	von	bis
Freitag	von	bis	von	bis

Datum

Unterschrift Patient/In