

Aufnahme einer Psychotherapie

Das Ausfüllen des Fragebogens stellt eine wichtige Voraussetzung für eine Kontaktaufnahme in unserer psychotherapeutischen Praxis dar. Indem Sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich ausfüllen, erleichtern und beschleunigen Sie die Behandlung. Selbstverständlich sind alle Therapieunterlagen und persönlichen Informationen absolut vertraulich. Kein Außenstehender (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) erhält ohne Ihre Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen.

Bitte geben Sie zunächst das aktuelle Datum an: _____

1) Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Telefon (privat): _____

Email- Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Ausgeübter Beruf: _____

| | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mögliche Zeiten für die | früh | vormittags | nachmittags | später Nachmittag | abends |
| Therapie: | 8 Uhr | 9-12 Uhr | 13-15 Uhr | 16, 17 Uhr | ab 18 Uhr |
| | <input type="checkbox"/> |

Krankenkasse: Gesetzlich versichert Berufsgenossenschaft Privat Sonstiges

2) Anlass Ihres Kommens

Angaben zur Symptomatik Bitte beschreiben Sie möglichst genau mit Ihren eigenen Worten Ihre hauptsächlichen Probleme, Symptome oder Beschwerden:

Wann hat die aktuelle Problematik begonnen?

Sind diese Beschwerden oder etwas Ähnliches schon einmal in Ihrem Leben aufgetreten?

Wenn, ja, was genau und wann?

Welche Ereignisse oder Umstellungen in Ihrem Leben gingen den Beschwerden voraus?

Selbstbeschreibung

Unterstreichen Sie bitte alles, was zurzeit auf Sie zutrifft:

Kopfschmerzen, Herzklopfen, Verdauungsstörung, Alpträume, fühle mich unter Anspannung, deprimiert, kann nicht entspannen, liebe weder Wochenenden noch Ferien, kann keine Freundschaft schließen, kann mich ans nichts freuen, kann keine Arbeitsstelle behalten, Geldsorgen, Schwindelgefühle, Magenbeschwerden, Müdigkeit, nehme Beruhigungsmittel, fühle mich beunruhigt, habe Selbstmordgedanken, sexuelle Probleme, überehrgeizig, Gedächtnisstörung, Ohnmachtsanfälle, kein Appetit, Schlaflosigkeit, Zittern, Alkoholismus, nehme Drogen, bin medikamentenabhängig, Schüchternheit, kann keine Entscheidungen treffen, kann nichts genießen, Konzentrationsschwierigkeiten, will alles so gut wie möglich machen, Minderwertigkeitsgefühle

Anderes:

Unterstreichen Sie bitte jeden der folgenden Ausdrücke, der zurzeit auf Sie zutrifft:

Wertlos, nutzlos, „ein Niemand“, „das Leben ist leer“, unzugänglich, dumm, inkompetent, naiv, „kann nichts richtig machen“, schuldig, böse, unmoralisch, schlechte Gedanken, feindselig, voll Hass, ängstlich, aufgereggt, feige, unsicher, beunruhigt, aggressiv, hässlich, deformiert, unattraktiv, abstoßend, deprimiert, einsam, ungeliebt, misstrauisch, verwirrt, missverstanden, gelangweilt, rastlos, in Konflikt, voller Schuldgefühle, wertvoll, sympathisch, intelligent, attraktiv, zuversichtlich, rücksichtsvoll

Anderes:

3) Krankheitsanamnese Weshalb haben Sie sich gerade jetzt zu einer psychotherapeutischen Behandlung entschlossen? Kommen Sie aus eigenem Antrieb? Ja Nein

Haben Sie schon einmal aufgrund Ihrer Probleme Hilfe aufgesucht?

Ja Nein

Wenn ja, wann und bei wem (z.B. Ärzten, Psychologen, anderen Fachleuten oder Einrichtungen)?

| Wann? | Wen aufgesucht? | Art der Behandlung | Grund für die Beendigung der Behandlung |
|-------|-----------------|--------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Welche Arzneimittel nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte geben Sie die Namen, die Dosierung und Häufigkeit der Einnahme *aller* Arzneimittel an.

| Name | Dosierung | Häufigkeit der Einnahme |
|------|-----------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Gibt es sonst wichtige Bemerkungen/Informationen, die für die Behandlung von Bedeutung sind?
