

Psychotherapeutische Sprechstunde - Eingangsfragebogen

Angaben zur Person

1. Name, Vorname: _____

2. Geburtsdatum: _____

3. Geschlecht: Weiblich Männlich

4. Familienstand: Ledig Verheiratet Getrennt Geschieden verwitwet

5. Wohnsituation: Allein lebend Bei den Eltern Mit Partner zusammenlebend

Wohngemeinschaft Betreutes Wohnen

Sonstiges: _____

6. Kinder: Nein Ja (Anzahl?) _____

7. Muttersprache: Deutsch Türkisch Polnisch Russisch

Französisch Englisch Andere: _____

8. Beruflicher Status: Vollzeit Teilzeit Gelegenheitsarbeiten Hausfrau/-mann

Ausbildung/
Studium Arbeitslos/
Hartz IV Altersrente/
Pension Erwerbsunfähigkeitsrente
(Voll Teilweise)

Selbstständig Anderes? _____

Arbeitsunfähigkeit: Seit wann? _____

9. Ist ein Antrag auf Berentung gestellt? Nein Ja

10. Erlerner Beruf: _____

11. Zur Zeit ausgeübter Beruf: _____

12. Durchschnittliche Arbeitszeit (Stunden pro Woche)? _____

13. Wann könnten Sie vorzugweise Flexibel Bestimmte Tage/Uhrzeiten:

Therapiesitzungen in Anspruch nehmen? _____

15. Krankenkasse Gesetzlich Privat Beihilfeberechtigt Unfallversicherung

16. Haben Sie einen Betreuer? Nein ja

17. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja (Wieviel Prozent?) _____

18. Wie können wir Sie erreichen? Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____

Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass Emails **nicht** den Ansprüchen des Datenschutzes und damit der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Trotzdem erleichtert uns die Nutzung von Emails in vielen Fällen die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Wenn Sie trotz der im Hinblick auf die therapeutische Schweigepflicht unzureichenden Datensicherheit, damit einverstanden sind, dass wir uns zwecks Terminvereinbarung auch per Email mit Ihnen in Verbindung setzen, dann tragen Sie unten bitte die entsprechende Email-Adresse ein. Die von Ihnen angegebene Email-Adresse wird von uns ausschließlich zum Zwecke der Terminvereinbarung genutzt. Mit der Angabe der Email-Adresse stimmen Sie dieser Nutzung ausdrücklich zu.

Email-Adresse: _____

Kontaktaufnahme am besten per: Telefon Email

Angaben zu verschiedenen Problembereichen

1. Welche der folgenden Störungsbereiche treffen auf Sie zu?

- | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Partnerprobleme |
| <input type="checkbox"/> Zwänge | <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder andere körperliche Probleme |
| <input type="checkbox"/> Folgen traumatischer Ereignisse | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Essverhalten | <input type="checkbox"/> Probleme durch Alkohol-, Drogen,
Medikamentenmissbrauch |
| <input type="checkbox"/> Probleme im Umgang mit Mitmenschen | <input type="checkbox"/> Andere Probleme |

Beschreiben Sie bitte in Ihren eigenen Worten die Probleme, wegen derer Sie eine Behandlung wünschen:

2. Waren Sie bereits einmal wegen psychischer Probleme in Behandlung (ambulant oder stationär)?

Nein

Ja (Bitte machen Sie weitere Angaben):

Behandlungseinrichtung (Klinik, Praxis o.ä.)	Von	Bis

3. Haben Sie schon einmal Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

Nein

Ja (Welche?):

Name	Dosierung	Von	bis

4. Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen oder haben sich intensiv damit beschäftigt?

Nein

Ja

5. Denken Sie aktuell intensiv darüber nach sich das Leben zu nehmen, haben die Absicht dazu oder treffen entsprechende Vorbereitungen?

Nein

Ja

Falls Sie bei der letzten Frage mit „Ja“ geantwortet haben, suchen Sie bitte umgehend notfallmäßige Unterstützung auf. Mögliche Anlaufstellen:

- Sozialpsychiatrischer Dienst (z.B. 040-42854-4741 für den Bereich Hamburg Mitte)
- Allgemeinärztlicher Notdienst (Tel.: 116 117)
- Psychiatrische Notaufnahmen der Krankenhäuser (z.B. UKE 040-7410-35000)
- oder –bei akuter Gefahr– der Polizeinotruf 110.

6. Haben Sie sich schon einmal absichtlich selbst verletzt?

Nein

Ja

7. Zum Abschluss beschreiben Sie bitte möglichst genau, welche Ziel Sie für die Behandlung haben und was Sie erreichen möchten.
