

Pat.-Chiffre:
Datum:

Privatpraxis für Psychotherapie
Verena Hauser

Anmeldebogen zum Erstgespräch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ich freue mich, dass Sie sich dazu entschieden haben, ein persönliches Gespräch in meiner Privatpraxis in Anspruch zu nehmen. Dafür bitte ich Sie die folgenden Seiten möglichst genau und vollständig auszufüllen, um mir damit die Vorbereitung auf Ihr Erstgespräch zu vereinfachen.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Sie können den Anmeldebogen von Hand ausfüllen und mir persönlich mitbringen oder ihn mir per E-Mail zusenden. Meine E-Mail-Adresse ist: therapie-hauser@posteo.de

1. Angaben zu Ihrer Person	
Adresse	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
Dürfen Nachrichten auf Anrufbeantworter / Mailbox hinterlassen werden? ☐ ja ☐ nein	

Krankenkasse	☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert
Krankenkasse & Versicherungsnummer	
Beihilfe & Beihilfenummer	

Angaben zu Ihrem Hausarzt		
Name		Telefon
Adresse		

Angaben zu Ihrem Psychiater/Neurologen		
Name		Telefon
Adresse		

Wer hat Sie überwiesen oder empfohlen? Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?					
Therapieplanung: mögliche Tage / Zeiten					
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Wochenende

2. Angaben zu Ihrer Lebenssituation

Berufliche Situation

Kreuzen Sie bitte an, was auf Ihre *aktuelle* Tätigkeit zutrifft:

- ☐ berufstätig/Vollzeit, als:
☐ berufstätig/Teilzeit, als:
☐ Ausbildung/Umschulung, zu:
☐ Arbeitslosigkeit, seit:
☐ Hausfrau / Hausmann
☐ Rentner*in/Pensionär*in, seit:
☐ Sonstiges:

Schulabschluss: ☐ ohne ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ Hochschule

Erlerner Beruf:

Studienabschluss:

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten: ☐ nein ☐ < 3 Monate ☐ > 6 Monate

Rentantrag (gestellt oder geplant): ☐ nein ☐ ja Art:

Schwerbehinderung: ☐ nein ☐ ja, GdB:

Familienstand

- | | |
|--|--|
| ☐ alleinstehend, seit:
☐ getrennt, seit:
☐ geschieden, seit:
☐ verwitwet, seit: | ☐ mit festem Partner*in, seit:
☐ verheiratet, seit:
evtl. wieder verheiratet seit: |
|--|--|

Wohnsituation

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ alleinlebend
☐ mit Partner*in
☐ mit Eltern/-teil
☐ mit Freunden/Bekannten
☐ mit Kind(ern) | ☐ Wohnung
☐ Haus | ☐ Eigentum
☐ Miete |
|---|---|---|

Staatsangehörigkeit und Geburtsort:

Religionszugehörigkeit von Ihnen und Ihren Eltern:

3. Medizinische Angaben

Körpergröße:

Körpergewicht:

Schlaf

Stunden pro Nacht:

Einschlafschwierigkeiten:

Durchschlafschwierigkeiten:

Morgentief:

Alkohol

An welchen Tagen?

Wie viele Gläser / Flaschen?

Welche Sorte? (Bier, Schnaps)

Nikotin

Falls Sie rauchen, wie viele Zigaretten bzw. wie viel Nikotin pro Tag?

4. Vorbehandlungen und Diagnosen

Ambulante Psychotherapie(n) in der Vergangenheit

Bei wem?

Diagnose

Zeitraum /
Sitzungsanzahl

Operationen, Klinikaufenthalte bzw. Psychiatrische oder psychosomatische Klinikbehandlungen / Kuren

Was / Diagnose

Zeitraum

Körperliche bzw. organische Erkrankungen, Behinderungen oder Beschwerden

Erkrankung

Seit wann:

Medikamente, alle die sie einnehmen (incl. Nahrungsergänzungsmittel)

Name / Dosierung

Seit:

Für was?

5. Symptomatik

Beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre hauptsächlichen Beschwerden/Schwierigkeiten/Probleme, derentwegen Sie zu mir kommen.

Was denken Sie ist die Ursache dafür?

Welchen Sinn oder Nutzen könnten sie in Ihrem Leben haben?

Wann Sind sie das erste Mal aufgetreten (Lebenssituation-Auslöser) und wie haben sie sich verändert?

Wie häufig treten sie auf?

In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch sie beeinträchtigt und warum?

- ☐ beruflich:
- ☐ familiär:
- ☐ Freizeit/Hobbies:
- ☐ soz. Kontakte:

Wie haben Sie bis jetzt versucht sie zu lösen – was war hilfreich?

Weshalb kommen Sie gerade jetzt und nicht schon vor Jahren/Monaten oder erst in einem Jahr?

6. Belastende Lebensereignisse

Fand bei Ihnen eines der unten aufgeführten belastenden Lebensereignisse statt?

☐ Versöhnung mit dem/der Partner*in nach erheblicher Kriese im Jahr.....

☐ Trennung von im Jahr.....

☐ Scheidung im Jahr.....

☐ Tod von im Jahr.....

☐ Schwangerschaftsabbruch im Jahr.....

☐ erhebliche eigene Erkrankung (.....) im Jahr.....

☐ erhebliche Erkrankung eines Familienangehörigen (.....) im Jahr.....

☐ Berufswechsel im Jahr im Jahr.....

☐ Arbeitsplatzverlust im Jahr.....

☐ Verentung/Pensionierung im Jahr.....

☐ Gefängnis / Verurteilung im Jahr.....

☐ Ortswechsel im Jahr.....

☐ höhere Verschuldung im Jahr.....

☐ Trugen diese Ereignisse zur Entstehung Ihrer jetzigen Situation möglicherweise bei?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welches?.....

7. Weiterführende Screeningfragen

	Ja	Nein
Wissen Menschen in Ihrem Umfeld, dass Sie sich Unterstützung suchen? Wenn ja, wer:		
Gibt es Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben? Wenn ja, nennen Sie bitte die Situation/Objekt(e):		
Vermeiden Sie Objekte, Situationen und Themen, die bei Ihnen Angst erzeugen?		
Waren Sie in den letzten Monaten an der Mehrzahl der Tage sehr besorgt, angespannt oder nervös bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten? Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Sorgen:		
Drängen sich diese Sorgen auf, wenn Sie sich auf etwas konzentrieren wollen?		

Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die Ihnen -zumindest anfänglich- lästig oder unsinnig erschienen und immer wieder kamen auch wenn Sie es gar nicht wollten? Z.B. die Vorstellung sich zu beschmutzen, oder zu infizieren, jemandem Gewalt anzutun, oder ein andauerndes Grübeln darüber etwas Schlimmes könne passieren? Falls ja, beschreiben Sie bitte die Gedanken:		
Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun oder denken mussten, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben oder weil Sie glauben, dadurch ein mögliches Unheil zu verhindern? Falls ja, beschreiben Sie bitte die Handlungen/Gedanken:		
Fällt es Ihnen schwer sich länger auf etwas zu konzentrieren, weil Sie gleichzeitig zu viele Dinge im Kopf haben? Sind Sie verplant, zerstreut, unaufmerksam oder „Schusselig“?		
Gab es jemals eine Zeit, in der folgenden Zustände bei Ihnen auftraten:		
Wiederkehrende Gedanken an den Tod Selbstmordgedanken Selbstmordversuche, wenn ja: - wann: - wie:	FRÜHER ☐ ☐ ☐	AKTUELL ☐ ☐ ☐
Gab es jemals eine Zeit, in der Sie weniger wogen, als Sie nach Meinung anderer wiegen sollten oder in der Sie stark abgenommen haben?		
Wie viel wogen Sie da? _____ kg		
Bemühen Sie sich Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten? Wenn ja, wo liegt diese Grenze? _____ kg Was tun Sie, um nicht zuzunehmen?		
Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel aßen und das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können?		
Falls ja, führten Sie nach solchen Essanfällen Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen? Falls ja, beschreiben Sie bitte die Maßnahmen:		

Gibt es Auffälligkeiten beim Schlaf? Schnarchen oder „beschwert“ sich Ihre Smartwatch?		
Waren Sie in den letzten 30 Tagen beschwipst oder betrunken?		
Wann haben Sie zuletzt alkoholische Getränke zu sich genommen? ☐ Heute ☐ Gestern ☐ > 2 Tage ☐ > 5 Tage ☐ >1 Woche ☐ noch länger: _____ ☐ lebe abstinient nach manifester Abhängigkeit seit:		
Wieviel haben Sie bei der letzten Trinkgelegenheit getrunken?		
Benötigen Sie manchmal Alkohol, um am Morgen besser „in die Gänge zu kommen“		
Sind Sie in letzter Zeit der Schule/ Arbeit ferngeblieben, weil Sie am Abend vorher getrunken hatten?		
Haben Sie manchmal Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums? Wenn ja, warum:		
Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, weil Sie getrunken haben?		
Haben Sie schon versucht den Alkoholkonsum zu reduzieren?		
Haben Sie Erfahrungen mit Drogen? Falls ja, welche, wann, über welchen Zeitraum?		
Haben Sie Probleme damit, dass Sie ein Verhalten übermäßig (suchthaft) zeigen und Ihnen oder/und Ihrer Umgebung dadurch Leid entsteht? Wenn ja, kreuzen Sie bitte das zutreffende Verhalten an: ☐ Fernsehen ☐ Internetgebrauch: zu viel Zeit mit youtube, Streaming, soz. Netzwerke, etc. ☐ Computerspielen ☐ Glücksspiel, Spielotheken, Automaten, Sportwetten ☐ Geldausgeben, Shopping ☐ sexuelle Aktivität ☐ Pornografie ☐ Sonstiges:		