

## Persönliche Angaben

### Adresse

Name:	Geb.datum:
Vorname:	Tel. Privat:
Strasse:	Tel. Geschäft:
PLZ:	Handy:
Ort:	Mail:

### Hausarzt

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ – Ort:

### Vor- / Mitbehandelnde, Überweisende

Befinden Sie sich aktuell oder befanden Sie sich in letzter Zeit anderweitig in Behandlung (Arzt/Ärztin, Physiotherapeut/in, andere/r Psychotherapeut/in, komplementärmedizinische Behandlung usw.)?

Falls ja, geben Sie bitte an, bei wem:

#### Vor- / Mitbehandelnde/r 1:

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ – Ort:
Berufsbezeichnung:	Tel.:

#### Vor- / Mitbehandelnde/r 2:

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ – Ort:
Berufsbezeichnung:	Tel.:

### Kostenträger

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigenfinanzierung | <input type="checkbox"/> Krankenkasse Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Behörde           | <input type="checkbox"/> SUVA                            |
| <input type="checkbox"/> IV                | <input type="checkbox"/> Andere Kostenträger             |

### Allgemeine Angaben

Nationalität:	Muttersprache:
Konfession:	Zivilstand:

---

### Beruf / Ausbildung

Zurzeit ausgeübter Beruf:

#### Schulbildung:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Noch in Schule | <input type="checkbox"/> Sonderschule |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule    | <input type="checkbox"/> Matura       |

#### Erreichter Abschluss:

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keiner         | <input type="checkbox"/> Anlehre           | <input type="checkbox"/> Berufslehre |
| <input type="checkbox"/> Meisterprüfung | <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule | <input type="checkbox"/> Matura      |
| <input type="checkbox"/> Hochschule/Uni | <input type="checkbox"/> Anderer:          |                                      |

#### Erwerbstätigkeit:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> arbeitslos    | <input type="checkbox"/> angestellt     |
| <input type="checkbox"/> selbständig       | <input type="checkbox"/> In Ausbildung | <input type="checkbox"/> Hausfrau(mann) |
| <input type="checkbox"/> pensioniert       |  |   |

#### Beziehen Sie eine Erwerbsunfähigkeitsrente?

- Nein
- Ja:  IV  
 SUVA  
Seit wann:  
Wie viele %:

### Wohnsituation

#### Ich wohne:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> allein                   | <input type="checkbox"/> mit Kindern und Partner/in |
| <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft      | <input type="checkbox"/> mit Kindern                |
| <input type="checkbox"/> mit Beziehungspartner/in | <input type="checkbox"/> bei den Eltern             |
| <input type="checkbox"/> anderes:                 |   |

### Familiäre Situation

#### Wie ist Ihre Partnersituation?

- alleinstehend
- anderes:

- in Partnerschaft lebend

#### Kinder / Eltern / Geschwister:

Anzahl Kinder gesamt:

Jahrgänge der Kinder:

Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

Anzahl Geschwister:

#### Kommen psychische oder schwere körperliche Probleme in der Familie vor?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche/s Familienmitglied/er:

Art der Probleme:

#### Familiäre Situation in der Kindheit:

- Eltern lebten zusammen
- wohnhaft bei Mutter
- wohnte getrennt von Geschwistern
- Heimaufenthalt
- lebte in Pflegefamilie

- lebte in Stieffamilie
- Schulinternat
- wohnhaft bei Vater
- Eltern lebten getrennt
- wohnhaft bei Verwandten

#### Finanzielle Belastungen in der Kindheit:

- Ja
- Nein

### Frühere Behandlungen

Wie häufig waren Sie im letzten Jahr in ambulanter Behandlung bei einem Arzt:  
Wie viele Tage waren Sie im letzten Jahr in einem Spital:

### Waren Sie schon einmal in ambulanter psychologischer Behandlung?

Ja       Nein

Wenn Ja:      Wann:       Psycholog/in       Psychiater/in  
Therapeut/in:  
Dauer:  
Anzahl Sitzungen:  
Anlass:

2. Behandlung:      Wann:       Psycholog/in       Psychiater/in  
Therapeut/in:  
Dauer:  
Anzahl Sitzungen:  
Anlass:

### Waren Sie schon einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?

Ja       Nein

Wenn Ja:      Wann:  
Dauer:  
Name der Klinik:

### Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Ja       Nein

Wenn Ja:      Medikament:      Dosis:  
Wie häufig:  
Gegen welche Symptome:

Medikament:      Dosis:  
Wie häufig:  
Gegen welche Symptome:

Medikament:      Dosis:  
Wie häufig:  
Gegen welche Symptome:

Medikament:      Dosis:  
Wie häufig:  
Gegen welche Symptome: