

### 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:  
Konfession:

Muttersprache:  
Zivilstand:

### Beruf / Ausbildung

Zurzeit ausgeübter Beruf:

#### Schulbildung:

Noch in Schule  
 Hauptschule

Sonderschule  
 Matura

#### Erreichter Abschluss:

Keiner  
 Meisterprüfung  
 Hochschule/Uni

Anlehre  
 Höhere Fachschule  
 Anderer:

Berufslehre  
 Matura

#### Erwerbstätigkeit:

nicht berufstätig  
 selbständig  
 pensioniert

arbeitslos  
 In Ausbildung

angestellt  
 Hausfrau(mann)

#### Beziehen Sie eine Erwerbsunfähigkeitsrente?

Nein

Ja:  IV  
 SUVA  
Seit wann:  
Wie viele %:

### Wohnsituation

#### Ich wohne:

allein  
 in Wohngemeinschaft  
 mit Beziehungspartner/in  
 anderes:

mit Kindern und Partner/in  
 mit Kindern  
 bei den Eltern

### 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:  
Therapeut/in:  Psycholog/in       Psychiater/in  
Dauer:  
Anzahl Sitzungen:  
Anlass:

2. Behandlung:      Wann:  
Therapeut/in:  Psycholog/in       Psychiater/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: