PsychoTherapieZentrum
Bückeburg

Praxisformular

Aufnahmebogen

Patienten-ID:

Ausstellungsdatum:

um Sie in während der Behandlung bestmöglich betreuen zu können, bitte ich Sie, mir die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Ihre Antworten dienen als Hintergrundinformationen für ein tieferes Verständnis Ihrer derzeitigen Beschwerdesituation und sind Grundlage für die Diagnostik und Planung des therapeutischen Vorgehens.

Bitte zum ersten Termin ausgefüllt mitbringen.

Vielen Dank!

1. Allgemeine Anamnese:

Geburtsdatum/-ort:

Staatsangehörigkeit:

Aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit:

Familienstand:

Kinder:

Wohnsituation:

Religionszugehörigkeit:

2. Medizinische Anamnese

Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

Aktuelle körperliche Beschwerden:

Nehmen Sie Medikamente?
□ nein

□ ja → welche und in welcher Dosierung?

Existieren chronische Erkrankungen – Anfälligkeiten (z.B. Allergien)? □ nein; □ ja:

Behandelnde*r Hausarzt/-ärztin:
(Bitte mit Adresse)

Behandelnde*r Facharzt/-ärztin:
(Bitte mit Adresse)

3. Psychische Anamnese:

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Probleme, die Sie veranlasst haben, Hilfe zu suchen:

Geben Sie kurz Auskunft über die Entwicklung Ihrer Beschwerden:
→ Seit wann?

→ Wie häufig?

→ Unter welchen Umständen treten die Beschwerden?

→ Unter welchen Umständen treten die Beschwerden nicht auf?

Gibt es aktuell oder gab es bisher in Ihrem Leben…

☐ Lebensüberdrussgedanken →Versuchen Sie bitte diese Gedanken zu beschreiben.

☐ konkrete Suizidgedanken →Versuchen Sie bitte diese Gedanken zu beschreiben.

☐ Suizidversuche

Gab es in Ihrer Vergangenheit selbstverletzende Verhaltensweisen?
□ nein

□ ja →Wann und was haben Sie unternommen?

Bisherige eigene Bewältigungsversuche (z.B. Selbsthilfegruppen oder -bücher):

Schätzen Sie ein, für wie schwerwiegend Sie Ihre Beschwerden halten (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Leicht störend – mittelschwer – schwer – sehr schwer – meistens unerträglich – extrem unerträglich.

Was könnte mit den Beschwerden im Zusammenhang stehen? Haben Sie Vermutungen oder Ideen, was diese Beschwerden auslösen oder begünstigen könnte? Gab es z.B. in der Zeit vor der Beschwerdeentwicklung besondere Ereignisse, Belastungen, Veränderungen?

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden schon einmal in Behandlung (Tagesklinik, Krankenhaus, Reha-Einrichtung, ambulante Therapie? Wenn ja, wann, wie lange und in welcher Klinik? Bitte Adresse der Klinik angeben.

4. Suchtanamnese

Würden Sie sagen, dass Sie von irgendetwas abhängig sind, wenn ja bitte machen Sie Angaben zu Menge/Umfang des „Konsums“:

Alkohol?

Nikotin?

Drogen?

Medikamenten?

Essen?

Spiel (z.B. online, Glücksspiele)?

Fernsehen, Internet?

Sexualität?

5. Behandlungsziele

Was sind Ihre Ziele für die Behandlung hier?

6. Kommunikationswege

Hiermit willige ich, _____ , ein, dass folgende Kommunikationswege (bitte Zutreffendes ankreuzen)

❑ Mobil: _____

❑ telefonisch ❑ per SMS

❑ Arzt-Direkt (Terminbuchung; Messengerdienst)

❑ E-Mail: _____

zur Kontaktaufnahme (z.B. zwecks Terminabsprachen) durch Frau Eileen Jentsch genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift