ERSTAUSKUNFTSBOGEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Ihre Antworten helfen uns dabei, das Erstgespräch individuell vorzubereiten und an Sie anzupassen. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie zur Kontaktaufnahme oder auch nach telefonischer Vereinbarung eines Erstgesprächs **per Post** an uns schicken.

Angaben zur Person

Kontakt

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

Wann sind Sie telefonisch am besten erreichbar? .....

Darf eine Nachricht auf der Mailbox/auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden? ☐ ja ☐ nein

E-Mail-Adresse, die Sie regelmäßig abrufen: .....

Bitte beachten Sie: Aus Datenschutzgründen sollte sich die Kommunikation per Email auf die Terminvereinbarung beschränken. Bitte schicken teilen Sie per Email keine vertraulichen Daten oder Dokumente mit uns.

Ausbildung (Mehrfachangaben möglich)

☐ kein Schulabschluss ☐ Fachabitur ☐ Hauptschulabschluss ☐ Abitur

☐ Realschulabschluss ☐ abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium

☐ andere: .....

erlernter Beruf: .....

ausgeübter Beruf: .....

Derzeitiger beruflicher Status

☐ Vollzeit ☐ in Ausbildung☐ Teilzeit ☐ Elternzeit ☐ in Altersrente / Pension ☐ arbeitslos

☐ Erwerbsminderung (EM-Rente) auf Zeit, seit .....bis.....

☐ sonstiges: .....

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben/dienstunfähig? ☐ nein ☐ ja, seit .....

Wurde ein Antrag auf Rente bzw. Erwerbsminderung gestellt? ☐ nein ☐ ja

Krankenversicherung

Krankenkasse/Versicherung ☐ gesetzlich ☐ privat

Name und Anschrift der Krankenkasse: .....

.....

Nur für Privatversicherte: ☐ beihilfeberechtigt

Handelt es sich um ein Berufsgenossenschaftsverfahren? ☐ nein ☐ ja

Problembeschreibung und bisherige Behandlungen

Bitte schildern Sie kurz, weshalb bei Ihnen ein Behandlungswunsch besteht:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Seit wann bestehen diese Probleme?

.....

.....

Waren Sie deswegen schon in medizinischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Von _____bis _____ bei _____

Von _____bis _____ bei _____

Von _____bis _____ bei _____

Von _____bis _____ bei _____

Ärztliche Versorgung

Hausarzt: .....

Psychiater: .....

Nehmen Sie aktuell Medikamente? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? (Dosierung angeben)

.....

.....

Wann sind Sie das letzte Mal von einem Arzt gründlich untersucht worden?

.....

Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer Gesundheit? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Welcher Art sind diese Gesundheitsprobleme?

.....

.....

Seit wann haben Sie diese Probleme?

.....

Haben die Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen?

☐ nein ☐ ja

Sonstiges

Gibt es sonst noch irgendetwas, das Ihnen wichtig erscheint, bisher aber noch nicht erwähnt wurde?

.....

.....

.....

Im Folgenden ist Platz für Anmerkungen oder Fragen, die im Erstgespräch geklärt werden sollen.

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!