

Aufnahmebogen

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

Beruf:

Arbeitsunfähigkeit (aktuell):

Nein

Ja, Dauer in Wochen:

Arbeitsunfähigkeit (die letzten 12 Monate):

Familienstand sowie aktuelle Wohnsituation:

Haben Sie bereits ambulant eine Therapie gemacht? Wenn ja, wann?

Waren Sie wegen psychischen Beschwerden schon in stationärer Behandlung?

Was belastet Sie aktuell? Was sind Ihre Beschwerden?

Wie hoch schätzen Sie Ihre Belastung in der letzten Woche bis einschließlich heute ein? (0: gar nicht belastet; 10 maximale Belastung)

Aktuelle Medikation und Dosierung

Alkohol pro Woche

Nikotin pro Woche

Ggfs. Drogen

Behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten/Heilpraktiker (bitte Name und Adresse)

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie?

Interesse an einer Gruppentherapie
(Kostenübernahme durch die Kasse)

Ja

Nein

Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner Daten laut Datenschutzerklärung zu.

Mit dem Austausch von Informationen bzw. Schriftwechsel via E-Mail bin ich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____