

Name Patient:in: _____

Kontakt Daten für das Erstgespräch

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und lesbar aus, vielen Dank.

Datum des Erstgespräches: _____

Bitte nennen Sie kurz den Grund Ihrer Kontaktaufnahme (aktuelle Beschwerden und Symptome):

Stammdaten

Name, Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Staatsangehörigkeit	E-Mailadresse
Telefonnummer (Mobil)	Telefonnummer (Festnetz)

Dürfen für andere Personen Nachrichten hinterlassen oder auf den Anrufbeantworter gesprochen werden?

ja

nein

Name Patient:in: _____

Ich bin mit der Kontaktaufnahme über SMS und / oder WhatsApp einverstanden

ja, über: _____ nein

Ich bin mit der Kontaktaufnahme per E-Mail einverstanden

ja nein

Notfallkontakt

Nachname	Vorname
Verhältnis	Telefonnummer

Versicherungsstatus

Art der Versicherung: privat Beihilfe BG Selbstzahler:in sonstige:

Name und Anschrift der Versicherung: _____

Persönliche Daten

Geschlecht: männlich weiblich divers

Familienstand: verheiratet Partner:innenschaft ledig

geschieden sonstiges:

Anzahl Kinder: _____ Alter und Geschlecht: _____

Höchster Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?

ja, seit: _____ nein

Mögliche Zeitfenster für Therapie: vormittags nachmittags abends Schichtdienst

Name Patient:in: _____

Psychotherapeutische Vorbehandlungen

Wenn Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits behandelt wurden, geben Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge an, von wem und wo Sie bereits behandelt wurden (z.B. Klinikum, Psychotherapeut:in, Internist:in), den Zeitraum Ihrer Behandlung sowie aus welchem Grund Sie sich bereits behandelt haben lassen.

Stationäre Behandlung

Name/ Ort	Zeitraum	Diagnose / Grund

Ambulante Psychotherapien

Name/ Ort	Zeitraum	Diagnose / Grund

Psychopharmakotherapie

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente eingenommen oder nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche Wirkung das Medikament auf Sie hat (z.B. stimmungsaufhellend, schlaffördernd, beruhigend).

ja

nein

Medikament (ggf. Dosierung)	Zeitraum	Wirkung

Name Patient:in: _____

Ärztliche Kontaktdaten

Name, Anschrift und Telefonnummer Hausarzt/-ärztin (wenn vorhanden)	in Behandlung seit
Name, Anschrift und Telefonnummer Psychiaters (wenn vorhanden)	in Behandlung seit
weitere Kontaktdaten relevanter Behandler:innen (z.B. Therapeut*innen)	in Behandlung seit
Fachrichtung:	

Gibt es andere Behandlungen, in denen Sie sich befinden (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Ernährungsberatung etc.)?

ja, folgende: _____

nein

Mit meiner Unterschrift erlaube ich den Mitarbeiter:innen der Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft Ankerpunkt, den Erstgesprächs-/ Entlassungsbericht an folgende Adressaten zu senden:

Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an:

Hausarzt/-ärztin Psychiater:in sonstige: _____

Ich wünsche keine Zusendung von Berichten an meinen Haus- oder Facharzt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient:in)