



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:

Muttersprache:

Konfession:

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 der im Haushalt lebenden 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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern lebten zusammen | <input type="checkbox"/> lebte in Stieffamilie |
| <input type="checkbox"/> wohnhaft bei Mutter | <input type="checkbox"/> Schulinternat |
| <input type="checkbox"/> wohnte getrennt von Geschwistern | <input type="checkbox"/> wohnhaft bei Vater |
| <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt | <input type="checkbox"/> Eltern lebten getrennt |
| <input type="checkbox"/> lebte in Pflegefamilie | <input type="checkbox"/> 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: Psycholog/in Psychiater/in
Therapeut/in:
Dauer:
Anzahl Sitzungen:
Anlass:

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