

Liebe Klientin, Lieber Klient,  
 wir bitten Sie nachfolgende Fragen schon zu Hause zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen sowie den Anmeldebogen und die Verordnung an rechts genannte Adresse zurückzusenden. **Bitte füllen Sie den Fragebogen so vollständig wie möglich in Blockschrift aus – Mehrfachnennungen sind möglich.**  
 Ggf. laden wir Sie zu einem Vorgespräch ein.

1. Angaben zur Person		
Vorname, Nachname:		Geb.-Datum:
Anschrift:		Tel.:
Körpergröße:	aktuelles Gewicht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
<input type="checkbox"/> berufstätig	als / seit _____	
<input type="checkbox"/> Arbeitslos	seit _____	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig	seit / wegen _____	
<input type="checkbox"/> Berentung	wegen _____	
<input type="checkbox"/> Grad d. Behinderung _____	wegen _____	
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> kinderlos</span> <input type="checkbox"/> Single      seit _____ <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Kinder, Anzahl und Alter: _____</span> <input type="checkbox"/> Partnerschaft      seit _____ <span style="margin-left: 100px;">leben bei: _____</span> <input type="checkbox"/> verheiratet      seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden      seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet      seit _____		
Sollen Kinder mit aufgenommen werden (2-12 J.)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    wer _____ <input type="checkbox"/> Pflegestufe: _____ Grad der Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Kostenzusage beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2. Was sind Ihre aktuellen Beschwerden, wegen derer Sie sich an uns wenden?		
	seit wann	_____
	wie oft	_____
	wie lange	_____

## Fragebogen

<b>3. Wie sieht Ihre aktuelle Therapie aus?</b>
Machen Sie bereits eine Psychotherapie? <input type="checkbox"/> ja                      seit wann / Verfahren _____ <input type="checkbox"/> ich habe früher eine Therapie gemacht    wann / Verfahren    _____ <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente? <input type="checkbox"/> ja, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, welche _____ <input type="checkbox"/> ja, Sonstige, welche _____ Medikamentenplan bitte beifügen <input type="checkbox"/> nein
<b>4. Weitere Informationen</b>
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> ja                      wie oft / wie viel    _____ <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein                      wann zuletzt        _____
Konsumieren Sie Drogen? <input type="checkbox"/> ja                      welche / wie viel    _____ <input type="checkbox"/> ich habe früher Drogen konsumiert, welche _____ <input type="checkbox"/> nein                      wann zuletzt        _____
Med. Cannabis? <input type="checkbox"/> ja                      was / wie viel        _____ <input type="checkbox"/> nein
Bitte beachten: Alkohol, Drogen als auch med. Cannabis sind NICHT gestattet!
Leiden Sie an schwerwiegenden Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja                      welche _____ <input type="checkbox"/> nein                      _____
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär oder teilstationär in einer Klinik behandelt? <input type="checkbox"/> ja, in einer Psychosomatischen Klinik      wo und wann: _____ <input type="checkbox"/> ja, in der Psychiatrie                              wo und wann: _____ <input type="checkbox"/> ja, im Krankenhaus                              wo und wann: _____ <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Rente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Antrag läuft noch, Ergebnis noch offen <input type="checkbox"/> ja, Antrag abgeschlossen → Widerspruch geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    wie oft und wann    _____
Denken Sie manchmal daran sich das Leben zu nehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    wie oft und wann zuletzt    _____

## Fragebogen

### 5. Biografie

Wer war die Bezugsperson in Ihrer Kindheit?

- Mutter                       Großmutter mütterlicherseits                       Großmutter väterlicherseits  
 Vater                          Großvater mütterlicherseits                       Großvater väterlicherseits  
 Weitere, wer \_\_\_\_\_

Wie haben Sie diese Person erlebt?

Kam es bei Ihrer Geburt zu Komplikationen?

- nein, zumindest nicht bekannt  
 ja \_\_\_\_\_

Schulische Erfahrungen:

Frühere Partnerschaften:

Einschneidende Erlebnisse, die das Leben positiv oder negativ geprägt haben:

## Fragebogen

**6. Was sind Ihre Erwartungen an die Therapie, welche Ziele haben Sie?**

**7. Was sind Ihre Ressourcen, was gibt Ihnen Halt und Kraft im Leben?**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.