

ERSTAUSKUNFTSBOGEN

Bitte ergänzen Sie alle Informationen.

Beachten Sie dabei alle 3 Seiten auszufüllen. Bringen Sie diesen Bogen bitte zum Erstgespräch mit.

Ihre Angaben helfen dabei, noch besser auf Ihr Anliegen eingehen zu können.

Heutiges Datum:

Name, Vorname:

Geschlecht:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon:
(mobil & fest)

Email:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Notfallkontakt
(wer soll im Notfall
kontaktiert werden?)

Name:
Telefon:
Art Beziehung:

Familienstand

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> keine Beziehung |
| <input type="checkbox"/> feste Beziehung | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> unverheiratet m Partner/in | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> verwitwet |
| <input type="checkbox"/> alleinerziehend | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie Kinder?
(Bitte Anzahl, Alter &
Geschlecht benennen)

- Ja: Nein, keine Kinder

Ausbildung

- kein Schulabschluss anderes:
Hauptschulabschluss
Realschulabschluss/POS
Fachabitur
Abitur/EOS
abgeschl. Studium

erlernter Beruf:



derzeit / zuletzt
ausgeübter Beruf:



Die Tätigkeit ist
überwiegend:

- körperlich stehend
geistig sitzend

Arbeitgeber:



Sind Sie aktuell
krankgeschrieben (AU?)

- Nein Ja, seit:
↘ aufgrund von:

Sind Sie berentet?
Erwerbs-/Altersrente

- Nein Ja, seit:
↘ aufgrund von:

Haben Sie einen Antrag
auf Rente gestellt oder
haben Sie es vor?

- Nein Ja

Bitte schildern Sie in
Stichworten Ihre
Problematik, weswegen
Sie zur Therapie
erscheinen:



Seit wann besteht diese
Problematik?



Wie stark fühlen Sie
sich dadurch
belastet?

- sehr stark
stark
mittel
leicht
gar nicht




Haben Sie deswegen
medizinische/
psychotherapeutische
Behandlung genutzt?

- Nein Ja
↘ Wann:
↘ Wo:

noch weitere Fragen zu
Ihrer **Problematik**...

In welchen Lebensbereichen spüren Sie die Auswirkungen davon?	<input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> Körperliches <input type="checkbox"/> Finanzen <input type="checkbox"/>
---	---	--


Wann wurden Sie zuletzt  von einem Arzt oder Ärztin gründlich untersucht?
(ausführliches Gespräch, Blutbild o.Ä.)

Bestehen gerade schwerwiegende körperliche Krankheiten?

Nein Ja

 ↳ Welche:

 ↳ Seit wann:

 Falls Sie noch weitere Anmerkungen oder Fragen haben, die Sie gerne mitteilen möchten, tragen Sie diese hier ein:

Vielen Dank!
Bringen Sie diesen Bogen bitte zum Erstgespräch mit und senden Sie ihn nicht vorab.