



Frau Herr

Datum

Name

Alter

Adresse

Telefon

E-Mail

Fax

Was ist der Anlass der Kontaktaufnahme?

Was möchten Sie weg haben?

Was sind Sie bereit zu verändern?

Was tun Sie, es zu vermeiden / auszuhalten? (Bewältigungsstrategien)

Haben Sie körperliche Einschränkungen?

nein ja, welche (Befunde)

Befinden Sie sich zurzeit in medizinischer Behandlung?

nein ja, welche / zuletzt Arztbericht

Haben Sie eine psychische Erkrankung?

nein ja früher aktuell Diagnose? Von wem?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?



Befinden Sie sich zurzeit in Behandlung? psychotherapeutischer psychiatrischer
 nein früher (wann) ja, welche

Waren Sie schon einmal suizidgefährdet?

nein ja, früher (wann) ja, aktuell, Pläne

Gibt es in Ihrem Leben zurzeit psychische Belastungen? Auswirkungen auf Lebensgefühl?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nicht stark

Gibt es Situation, in denen es gut gelungen ist, das Leben zu gestalten?

nein ja, Stichwort

Woran würden Sie bei sich merken, dass es Ihnen besser geht?

Wenn Beratung möglich: Vereinbarungen

Vereinbarung mit Termine, Kosten, Zahlung,

Offene Notizen