



☐ Frau ☐ Herr

Datum

Name

Alter

Adresse

Telefon

E-Mail

Wie haben Sie mich gefunden:

Was ist der Anlass der Kontaktaufnahme?

Was ist Ihr Wunsch an die Therapie/Beratung?

Haben Sie körperliche Einschränkungen?

☐ nein ☐ ja, welche

Befinden Sie sich zurzeit in medizinischer /
fachärztlicher Behandlung?

☐ nein
☐ ja, welche / wann zuletzt
☐ Befundebericht

Haben Sie eine hausärztliche (o.ä.) Versorgung?

☐ nein
☐ ja, wann zuletzt?

Befinden Sie sich zurzeit in Psychotherapie

☐ nein
☐ früher, wann

...psychiatrischer Behandlung?

☐ ja, welche Behandlung

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

☐ nein ☐ ja, welche (somatische,
psychiatrische, ..)

Nehmen Sie Substanzen?

☐ nein ☐ ja, welche

Waren Sie schon einmal suizidgefährdet?

☐ nein
☐ ja, früher, wann
☐ ja, aktuell
☐ Pläne

Vereinbarungen (Selbstzahlerleistung)

☐ ja

Zur Vorbereitung und so weit wie Sie kommen. Offenes besprechen wir.