

Allgemeine Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

1. Was ist der Anlass, der Sie in die Praxis führt – Ihr aktuelles Anliegen?

2. Welche körperlichen/seelischen Krankheiten/Beschwerden haben/hatten Sie?
Akut? Chronisch?

Akut _____

Chronisch _____

0 Kopf (incl. Augen, Ohren, Kiefer, Zähne...) _____

0 Hals (incl. Nacken, Schilddrüse, Stimme...) _____

0 Brust und Arme (incl. Herz, Lungen, Atmung, Schultern, oberer Rücken...)

0 Bauch (incl. Innere Organe, Darm, Verdauung...) _____

0 Becken und Beine (incl. Genitalien, Sexualität, Menstruation..., Beine, Knie, Füße)

3. Sind Sie deshalb bereits in Behandlung? 0 ja 0 nein
Wenn ja, bei wem? (Behandlungsform)

4. Haben Sie schon mal eine Psychotherapie gemacht? 0 ja 0 nein
... wenn ja, weswegen?

5. Haben Sie schon einmal psychotische Episoden gehabt
oder wurden Sie psychiatrisch behandelt? ja nein

6. Leiden Sie unter Schlafstörungen/Schlafproblemen? ja nein

7. Haben Sie Ängste ja nein
Wenn ja, wovor?

8. Leiden / litten Sie unter Essstörungen ja nein

9. Nehmen Sie Medikamente und/oder naturheilkundliche Mittel; wenn ja, welche?

10. Ist die aktuelle Post erledigt? ja nein

11. Rauchen Sie? ja nein selten

12. Trinken Sie Alkohol ja nein selten

13. Nehmen Sie andere Drogen? ja nein selten

13. Gab es in Ihrem Leben Missbrauch? ja nein

Wenn ja, körperlich emotional sexuell

14. Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen? ja nein
Oder haben Sie daran gedacht? ja nein

15. Gibt es weitere Mitteilungen, die Ihrer Meinung für Sie bedeutsam sind?

Ort, Datum

Unterschrift