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 _____

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

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

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

_____

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

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

_____

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

_____

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

_____

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

_____

6. Leiden Sie unter Schlafstörungen/Schlafproblemen? O ja O nein

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

_____

8. Leiden / litten Sie unter Essstörungen O ja O nein

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

_____

10. Ist die aktuelle Post erledigt? O ja O nein

11. Rauchen Sie? O ja O nein O selten

12. Trinken Sie Alkohol O ja O nein O selten

13. Nehmen Sie andere Drogen? O ja O nein O selten

13. Gab es in Ihrem Leben Missbrauch? O ja O nein

    Wenn ja, O körperlich O emotional O sexuell

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

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

_____

---------- ----------

Ort, Datum Unterschrift