



Basisdokumentation am _____ . _____ . 20 _____

Name: _____
[] weiblich
[] männlich
[] divers

Vorname: _____
Geburtsdatum:
[] . [] . []
TT MM JJJJ

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Anrufbeantworter / Mailbox: ja [] nein []

Was ist der Anlass Ihrer Vorstellung bei mir? (Stichworte):

Beziehung:
ledig [] Partnerschaft [] Ehe [] geschieden []

Kinder: keine [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []

Alter: _____

Ausbildung: _____

Aktueller Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Arbeitsunfähigkeit? nein [], ja [], seit _____

Krankenkasse / Kostenträger:

Berentung: nein []

Begehren [] beantragt [] abgelehnt []

ja [] bis: _____

wegen _____

Überwiesen von / wie kamen Sie auf meine Praxis?:

Therapiewunsch: Eigen []

Fremd [] durch _____

Hausarzt:

Neurologe / Psychiater:

Adresse / Telefonnummer:

Adresse / Telefonnummer:

Ambulante Psychotherapie(n) (früher):
Jahr und Anzahl Sitzungen

Psychiatrisch-(teil-)stationäre Behandlung(en):
Jahr und Dauer

(aus Platzgründen auch rückseitig [])

(aus Platzgründen auch rückseitig [])

Körperliche Erkrankungen:
1 _____
2 _____
3 _____
(aus Platzgründen auch rückseitig [])

Aktuelle Medikation (Dosis):
A _____
B _____
C _____
(aus Platzgründen auch rückseitig [])

Körpergröße (m): _____

Körpergewicht (kg): _____