

## Fragebogen Erstgespräch

Sehr geehrte/r Patient/in,

vielen Dank für Ihre vertrauensvolle Anfrage!

Um mir ein möglichst umfassendes Bild von Ihnen, Ihrem aktuellen Befinden und Ihren Anliegen machen zu können, bitte ich Sie diesen Fragebogen bestmöglich auszufüllen.

Sie können den ausgefüllten Fragebogen entweder vorab postalisch zurückschicken oder zum Termin persönlich mitbringen.

*Hinweis:*

*Alle Ihre Angaben sind freiwillig, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden entsprechend der gesetzlichen Regelungen datenschutzkonform behandelt.*

### Kontaktdaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

### Administrative Daten

Kontaktaufnahme:  Internet  TSS (KVB)  Empfehlung: \_\_\_\_\_

Versicherung:  gesetzlich \_\_\_\_\_  privat \_\_\_\_\_  Selbstzahler

Sorgeberechtigte – (rechtliche) Betreuer: \_\_\_\_\_

### Anamnestische Daten

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  
seit \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Kinder: (Anzahl, Alter) \_\_\_\_\_

Wohnsituation:  Zur Miete  Wohneigentum  (Klein)Stadt  Ländliche Region

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Berufs-/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_  in Ausbildung /Schüler/in

angestellt (Vollzeit / Teilzeit)  selbständig/freiberuflich

arbeitsunfähig, seit \_\_\_\_\_  arbeitslos/suchend, seit \_\_\_\_\_  berentet, seit \_\_\_\_\_

### Krankheitsbezogene Daten

Hausarzt (Name u. Anschrift, falls zur Hand): \_\_\_\_\_

Ich war in den letzten 2 Jahren in ambulanter Psychotherapie:

nein     ja, bei: \_\_\_\_\_ von – bis: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

### Ihr Grund des Kommens

Welche Beschwerden/Probleme führen Sie zu mir? Bitte nennen Sie alles, worunter Sie leiden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hauptbeschwerden: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

Wie intensiv:



Wie häufig:



### Ihre Kompetenzen

Was sind Ihre Kompetenzen/Ressourcen, die Ihnen helfen werden, Ihr(e) Ziel(e) zu erreichen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ihre Erwartungshaltung

Welche konkrete Unterstützung erwarten Sie von mir? Was soll sich in welcher Form ändern?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ihre Fragen

Haben Sie Fragen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_