Patientenfragebogen

Marcel Gerhards
Psychologischer Psychotherapeut

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt und ausgedruckt zum nächsten Termin mit oder schicken Sie die PDF-Datei per E-Mail: psychotherapie@marcel-gerhards.de

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mühe.

_____	_____
Vor-, Nachname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
_____	_____
Telefonnummer	E-Mail
_____	_____
Versicherten-Nummer	Krankenkasse

Bitte beschreiben sie kurz das Hauptproblem, wegen dem Sie eine psych. Behandlung wünschen:

Welches sind Ihre Erwartungen an die Psychotherapie:

Sozialanamnese:

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ feste Partnerschaft
☐ kurzfristig keinen Partner ☐ dauerhaft keinen Partner ☐ wechselnde Partner

Anzahl und Alter der Kinder: _____

Wohnsituation: ☐ Haus ☐ Wohnung ☐ Eigenheim ☐ Miete

Mit wem leben Sie im Haushalt: _____

Beruflicher Werdegang:

Schulabschlüsse: _____

Berufsausbildungen: _____

Sie können gerne einen tabellarischen Lebenslauf beilegen.

Erwerbsstatus: ☐ erwerbstätig ☐ arbeitslos ☐ in Ausbildung ☐ Vorruhestand
☐ Rente

Berufsbezeichnung: _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtarbeit ☐ Nachtschicht

Schwerbehindertenausweis: ☐ ja ☐ nein GdB: _____°

Arbeitsunfähigkeit: ☐ ja ☐ nein seit: _____

Behandlungsverlauf:

Angaben zu relevanten aktuellen Behandlungen (z. B. Hausarzt, Psychiater, Ergotherapie):

Haben sie innerhalb der letzten 2 Jahre eine ambulante Psychotherapie gemacht ☐ ja ☐ nein

Angaben zur dieser Behandlung: _____

Haben Sie Suizidgedanken? ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ täglich

Haben Sie Suizidversuche unternommen? ☐ ja ☐ nein

Angaben zur aktuellen Medikamenteneinnahme und Pharmakotherapie:

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Verschreibender Arzt

Angaben zu relevanten Vorbehandlungen (z. B. Reha, Psychiatrie, ambulante Psychotherapie):

Falls Ihnen Behandlungsberichte vorliegen, können Sie diese gerne als Kopie beilegen oder zum Kopieren zum nächsten Termin mitbringen.

Zigaretten: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ täglich

Alkohol: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ täglich

Drogen: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ täglich

Welche Substanzen: _____

Bitte Kreuzen Sie die Symptome an, die gegenwärtig bei Ihnen vorliegen:

☐ traurige Stimmung ☐ Tagesmüdigkeit ☐ Sorgen

☐ Burnout ☐ Schlafstörungen ☐ Konzentrationsprobleme

☐ Ängste ☐ Panikattacken ☐ Alkoholabhängigkeit

☐ problematisches Essverhalten ☐ traumatische Erfahrungen ☐ Substanzabhängigkeit

☐ Zwangsgedanken ☐ Zwangshandlungen ☐ Halluzinationen

☐ körperliche Beschwerden ☐ sexuelle Beschwerden ☐ chronische Schmerzen

☐ Konflikte in der Partnerschaft ☐ Konflikte in der Familie ☐ Probleme im Freundeskreis

☐ Probleme in der Freizeit ☐ berufliche Probleme ☐ Probleme beim Haushalt

☐ weitere Probleme

Hier können Sie weitere Angaben machen, die Sie für relevant halten:

Vielen Dank für Ihre Mühe, ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt!