**Patient/in:**

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Nr. Privat:

Tel. Nr. Büro:

E-Mail:

Krankenkasse:

Name des Hausarztes:

Name des Facharztes:

Überwiesen von (evtl. Name, Adresse, Fachrichtung):

**Beschwerden:**

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ambulanter Psychotherapie?

[ ]  nein

[ ]  ja, bei wem?       Von wann bis wann?

[ ]  Verhaltenstherapie [ ]  Tiefenpsychologie [ ]  Psychoanalyse

[ ]  Andere:

Leiden Sie an körperlichen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen)? Wenn ja, an welchen? [ ]  nein [ ]  ja,

Gab es Krankenhausaufenthalte in Ihrer Vorgeschichte? Wenn ja, welche und warum?

[ ]  nein [ ]  ja,

**Aktuelle Medikation:**

Zurzeit vorhanden? Wenn ja, Bitte um Angabe des Namens, der Dosis und des Einnahmezeitraums?

[ ]  nein [ ]  ja,

**Angaben zu Ihrer Familie:**

Familienstand:       bzw. derzeitig bestehende Partnerschaft [ ]  nein [ ]  ja

Anzahl, Name und Alter der Kinder:

Schulabschluss:

Erlernter Beruf:

Aktuell ausgeübter Beruf:

Arbeitgeber (keine Pflichtangabe):

Beziehen Sie aktuell Sozialleistungen? [ ]  nein [ ]  ja

Sind Sie aktuell

[ ]  arbeitsfähig oder

[ ]  arbeitsunfähig? Wenn ja, seit wann/bis wann?

Gibt es psychische Erkrankungen oder Suizide in der Familiengeschichte? Wenn ja, welche?

[ ]  nein

[ ]  ja,

**Aktueller Gesundheitszustand:**

Körpergröße:       cm, Körpergewicht:       kg

Appetit: [ ]  normal [ ]  vermehrt [ ]  vermindert

Schlaf: [ ]  normal [ ]  Einschlafstörungen [ ]  nächtliches Aufwachen

Allergien? [ ]  nein [ ]  ja, gegen

**Risikofaktoren:**

Rauchen Sie? [ ]  nein [ ]  ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? [ ]  nein [ ]  ja

Wenn ja, wie viel und was?

Seit wann?

Einnahme sonstiger Drogen, ggfs. wann/wie lange:

Welche?       Zeitraum?

Welche?       Zeitraum?

Haben Sie Medikamente schon einmal missbräuchlich verwendet? [ ]  nein [ ]  ja

**Sonstiges:**

Gibt es aktuell laufende Gerichtsverfahren? [ ]  nein [ ]  ja

Wenn ja, weswegen?

Besteht eine Auflage zur Psychotherapie? [ ]  nein [ ]  ja

Wenn ja, weshalb?

**Bringen Sie diesen Fragebogen bitte ausgefüllt zum ersten Sprechstundentermin mit. Eventuelle Vorbefunde sollen möglichst zum Sprechstundentermin in Kopie mitgebracht werden.**

**Bei vorliegenden Gutachten oder Auflage zur Psychotherapie bitte vor dem Sprechstundenbeginn Unterlagen zusenden an:**

IFKV e. V.

Institutsambulanz

Postfach 13 24

67087 Bad Dürkheim

**Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**

Ausfülldatum: