



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine Behandlung ist es zwingend notwendig, dass Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin bei uns mitzubringen, sodass wir möglichst umfassende Informationen haben, damit wir Sie gut beraten und ein für Sie passendes Behandlungsangebot auswählen können.

Ohne den vollständig ausgefüllten Bogen ist eine Behandlung nicht möglich.

Da die Institutsambulanz spezielle Angebote für besonders schwer, komplex oder akut Erkrankte vorhält, wird es in dem ersten Termin darum gehen herauszufinden, ob Sie unserer Hilfe bedürfen oder evtl. andere Versorgungsangebote in Ihrer aktuellen Situation hilfreich und passend wären.

Bitte bringen Sie zu dem ersten Termin bei uns auch evtl. vorhandene medizinische Vorberichte und ihren aktuellen Medikamentenplan mit.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliche Daten:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: __ . __ . ____

männlich __ weiblich__ divers __

Adresse: _____

Telefonnummer (unter der Sie am besten zu erreichen sind): _____

Muttersprache: _____

andere Sprachkenntnisse, mit denen Sie sich gut verständigen können: _____

Hausarzt: _____

ambulanter Psychiater: _____

ambulanter Psychotherapeut: _____

anderer Facharzt: _____

gesetzlicher Betreuer: _____

Vorbehandlung in unserer Institutsambulanz: _____

Aktueller Anlass Ihrer Behandlung: _____



Durch welche Beschwerden fühlen Sie sich zurzeit beeinträchtigt?

Niedergeschlagenheit __	Antriebsstörungen __	Verlust von Freude __
Konzentrationsstörungen __	Selbstzweifel __	Schuldgefühle __
Grübeln __	Hoffnungslosigkeit __	Suizidgedanken __
Ängste __	Zwänge __	Schlafstörungen __
Halluzinationen __	Wahnvorstellungen __	Beeinflussungserleben __
Essstörungen __	Aggressionen __	Schmerzen __

Wie viele Stunden verbringen Sie täglich mit digitalen Medien, z.B. PC- und Handy-spielen, in sozialen Netzwerken, Internet o.ä.? -> täglich __ Stunden

Wie oft trinken Sie zurzeit Alkohol?

nie __ etwa __ mal im Monat etwa __ mal in der Woche __ täglich

Welches Getränk? _____ Wieviel? _____

Gab es in der Vergangenheit Zeiten mit regelmäßigem Alkoholkonsum? Nein __

wenn ja, wann? _____

Nutzen Sie zurzeit andere Suchstoffe/Drogen/Schmerzmittel? Nein __ ; wenn ja, welche und wie oft?

Substanz:	__ selten	__ mehrmals im Monat	__ mehrmals in der Woche	__ täglich
Substanz:	__ selten	__ mehrmals im Monat	__ mehrmals in der Woche	__ täglich
Substanz:	__ selten	__ mehrmals im Monat	__ mehrmals in der Woche	__ täglich
Substanz:	__ selten	__ mehrmals im Monat	__ mehrmals in der Woche	__ täglich
Substanz:	__ selten	__ mehrmals im Monat	__ mehrmals in der Woche	__ täglich

Sind Sie schon früher wegen psychischer Störungen in Behandlung gewesen?

Zeitraum	Diagnose	Behandler*in
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Unter welchen körperlichen Erkrankungen leiden Sie? (Wer ist der:die behandelnde Arzt:Ärztin?)

Erkrankung:

Facharzt:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (Das Ausfüllen der Tabelle entfällt, wenn Sie einen vollständigen aktuellen Medikamentenplan beilegen)

Name/Wirkstoff

morgens

mittags

abends

zurnacht

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?

Wie ist ihre soziale Situation? Mit wem leben Sie zusammen?

Sind Sie berufstätig?

Wenn ja, in welchem Beruf, mit wieviel Stunden?

Sind sie aktuell arbeitsunfähig geschrieben? Wenn ja, seit wann, mit welcher Diagnose, durch wen?

Beziehen Sie: Krankengeld __, Rente __, Grundsicherung __, Bürgergeld __, Arbeitslosengeld __