

Patienten-Aufnahmebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt.

1. Allgemeine Angaben

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Anschrift:**
- **Kontaktdaten** (Telefon/E-Mail):
- **Beruf/aktuelle Beschäftigung:**

2. Aktueller Anlass / Beweggrund für die Beratung

- **Was führt Sie heute zu mir?**

Bitte beschreiben Sie in wenigen Sätzen Ihr Anliegen oder das, was Sie zur Beratung bewegt.

- **Seit wann bestehen die aktuellen Probleme oder Belastungen?**

z.B. seit einigen Wochen, Monaten, Jahren...

3. Psychische und medizinische Vorgeschichte

- **Frühere psychische Behandlungen/Therapien oder Klinikaufenthalte:**
 - Ja / Nein
 - Wenn ja, wann und zu welchem Anlass?
- **Bekannte Diagnosen** (z.B. Depression, Angststörung, Burnout, Persönlichkeitsstörung):
 - /
- **Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?**
 - Art/Name, Dosierung:
 - Seit wann?
- **Weitere körperliche Erkrankungen oder besondere Einschränkungen?**
 - /

4. Familiäre Situation und soziales Umfeld

- **Familienstand** (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet):
 - /
- **Kinder** (Anzahl, Alter):
 - /
- **Wichtige Bezugspersonen:**
 - /
- **Gibt es in Ihrer Familie bekannte psychische Erkrankungen?**
 - Ja / Nein

- Wenn ja, welche?

5. Aktuelle Lebenssituation, Stressoren und Ressourcen

- **Erleben Sie aktuell besondere Belastungen oder Veränderungen?**

z.B. Trennung, Verlust, finanzielle Schwierigkeiten, Umzug, Jobwechsel...

- **Was gibt Ihnen Kraft und Energie?**

Beschreiben Sie bitte Ihre Hobbys, Interessen oder andere wichtige Ressourcen.

6. Emotionale Lage und Selbstwahrnehmung

- **Wie würden Sie Ihren aktuellen emotionalen Zustand beschreiben?**

z.B. niedergeschlagen, ängstlich, gereizt, zuversichtlich...

- **Fühlen Sie sich manchmal so hoffnungslos, dass Sie ans Aufhören denken?**

- Ja / Nein
- Wenn ja, seit wann?

- **Gibt es Gedanken an Selbstverletzung oder Suizid?**

- Ja / Nein
- Wenn ja, bitte kurz erläutern:

7. Suchtmittel, Konsumverhalten und Lebensstil

- **Haben Sie einen übermäßigen Konsum von Alkohol, Nikotin oder anderen Substanzen?**

- Ja / Nein
- Falls ja, bitte nähere Angaben:

- **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (auch frei verkäufliche) oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**

- Wenn ja, welche?

8. Bisherige Bewältigungsstrategien

- **Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**

- /

- **Haben Sie bereits Unterstützung durch andere Personen oder Einrichtungen gefunden?**

- Ja / Nein
- Wenn ja, welche?

9. Persönliche Ziele und Erwartungen an die Beratung

- **Was erhoffen Sie sich von unserer gemeinsamen Arbeit?**

z.B. Klarheit gewinnen, Stressbewältigung, Unterstützung bei Entscheidungsfindung...

- **Haben Sie besondere Wünsche für den Ablauf?**

z.B. Zeitrahmen, Sitzungsintervalle...

10. Datenschutzhinweis und Einverständniserklärung

- **Datenschutz:** Ihre persönlichen Daten werden nur für die Beratung verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.
- **Schweigepflicht:** Ich unterliege der gesetzlichen Schweigepflicht und werde Ihre Daten oder Gesprächsinhalte nicht weitergeben.
- **Hiermit erkläre ich mich mit der Erhebung und Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Beratung einverstanden.**
 - Unterschrift: * Datum: _____

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens. Bitte bringen Sie ihn zum Erstgespräch mit oder senden Sie ihn vorab zu, damit wir uns optimal auf Ihr Anliegen vorbereiten können.