



Sehr geehrte*r junge*r Erwachsene*r,
vielen Dank für Ihr Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung in unserer Praxis. Die folgenden Informationen benötigen wir für die fachgerechte Einschätzung und um uns ein umfassendes Bild zu machen. Bitte füllen Sie den folgenden Bogen sorgfältig und leserlich aus und bringen Sie ihn zum Erstgespräch mit. Bitte sehen Sie aus Datenschutzgründen davon ab, die ausgefüllten Formulare vorab online zu übermitteln. Herzlichen Dank!

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Lebe: ☐ bei beiden Eltern ☐ bei der leiblicher Mutter ☐ beim leiblichen Vater
☐ allein ☐ in einer WG
☐ Andere: -----

Adresse: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon/Handy (rechtlich sind nur Anrufe & SMS möglich)

E-Mail Adresse

Zurzeit in Schule/Ausbildungsstelle/Studium...

Hausarzt

Krankenversicherung

☐ Gesetzlich bei ----- ☐ privat bei -----
Name Krankenkasse Name Krankenkasse

Über: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige: -----

Angaben zu den Eltern

Name der Mutter/Ersatzmutter

Geburtsdatum

Adresse falls abweichend

Telefon/Handy

E-Mail Adresse

Erlernter Beruf

aktuell berufstätig als



Name des Vaters/Ersatzvaters

Geburtsdatum

Adresse falls abweichend

Telefon/Handy

E-Mail Adresse

Erlerner Beruf

aktuell berufstätig als

Situation der Eltern : ☐ Verheiratet, zusammenlebend

☐ zusammenlebend

☐ Getrennt/geschieden

☐ Anderes: _____

Familiensituation

Wer lebt zur Zeit alles als Familie zusammen? Führen Sie bitte alle Familienmitglieder auf:

Name	Verhältnis zu Ihnen	Geburtstag	Beruf

Welche nahen Angehörige (Elternteile, Geschwister, Halb- oder Stiefgeschwister) leben nicht in der Familie?

Name	Verhältnis zu Ihnen	Geburtstag	Beruf

Therapieanlass

Anliegen an Therapie: Für welche Probleme, Beschwerden, Symptome suchen Sie therapeutische Unterstützung? (Stichpunkte)



Seit wann bestehen die Probleme?

Wurde Ihnen zur psychotherapeutischen Vorstellung geraten? Wenn ja durch wen? (Hausarzt, ...)

Vorbehandlungen

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate mind. 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ nein

☐ ja, und zwar am (Datum) _____ und ggf. am (Datum) _____

Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine ambulante Psychotherapie durchgeführt?

☐ nein

☐ ja, und zwar von __.__.____ bis __.__.____ bei Behandler: _____

Waren Sie bereits in stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder erhielten Sie Ergo-, Logotherapie oder eine andere Art der speziellen Förderung? Wenn ja, bitte Zeiträume hier notieren und falls vorhanden Arztberichte in Kopie mitbringen.

Art der Behandlung	Zeitraum	Stundenumfang (ambulant)

Gab oder gibt es in diesem Zusammenhang eine Medikamenteneinnahme?

☐ nein

☐ ja, und zwar _____
Name, Dosis, Dauer der Einnahme

**Mögliche regelmäßige Therapiezeiten**

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					

Wäre eine Gruppentherapie mit gleichaltrigen jungen Erwachsenen mit ähnlichen Schwierigkeiten denkbar?

☐ nein ☐ ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Biografische Anamnese: Bisherige Entwicklung (soweit bekannt)

Beschreiben Sie bitte kurz den Schwangerschaftsverlauf, Geburt und die frühkindliche Entwicklung:

Geburtsgewicht: Geburtsgröße: Kopfumfang:

Schwangerschaftsverlauf:

Geburt:

Körperliche Entwicklung in der Kleinkindzeit (Krabbeln, Laufen, erste Worte, Sauberkeitsentwicklung):



Kindergarten, Schule, Schulwechsel, Klassenwiederholungen:

Ausbildung / berufliche Tätigkeiten / aktuelle berufliche Situation:

Umzüge? Andere Veränderungen:

Gab es irgendwelche schlimmen Ereignisse in Ihrem Leben?

Wie befriedigend ist Ihr Familienleben? Gibt es Stressfaktoren in der Familie?

Persönliche Stärken:

Welche Hobbys, Interessen und Begabungen haben Sie?

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie? Was sind Ihre Therapieziele?



Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten und zur Kontaktaufnahme

Ich,

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis Köhler-Hohnerlein meine Patientendaten bzw. die Daten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Ich habe Informationen zum Datenschutz in der Praxis zur Kenntnis genommen und konnte dazu Rückfragen stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mich oder mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich oder mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich oder das Kind weiter behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer nach Unterzeichnung einer gesonderten Entbindung von der Schweigepflicht übermittelt werden dürfen.

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis auch digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht unverschlüsselt digital versandt. Über die prinzipielle Unsicherheit der digitalen Kommunikationswege wurde ich informiert.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- SMS _____
- E-Mail mit folgender Anschrift _____

Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ort, Datum, Unterschrift