

Selbstauskunftsbogen

Psychotherapeutische Sprechstunde

Psychotherapeutische Praxis
 Dipl.-Psych. Gabriele Schmitz
 Psychologische Psychotherapeutin (VT)
 Rathausplatz 6, Vellmar 34246
 Tel.: 0561 / 890 691-10 (Fax: -11)



Datum:

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Festnetz:

Handy:

Email:

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

Auf wessen Initiative kommen Sie zu mir?

Haben Sie bereits eine ambulante Psychotherapie gemacht? nein, ja:

von – bis	Name	Art der Behandlung	Diagnose(n)

Waren Sie in einer psychotherapeutischen Klinik? nein, ja:

von – bis	Name	Art der Behandlung	Diagnose(n)

Sind Sie in psychiatrischer Behandlung? nein, ja, bei:

..... seit:

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche (Name, Dosierung, seit wann)?

.....

Bitte schildern Sie kurz Ihre aktuelle Problematik, d.h. den **Grund Ihres Kommens** und die **Symptome** unter denen Sie aktuell am meisten leiden:

.....

Seit wann bestehen Ihre Probleme?

Was vermuten Sie war/en der/die Auslöser für Ihre aktuelle Problematik?

.....

Wie haben Sie bisher versucht, sich selbst zu helfen?

.....

.....

Schulische/Berufliche Ausbildung:.....

Aktuelle (oder letzte) berufliche Tätigkeit:.....

Aktuell keine berufl. Tätigkeit, ich bin: berentet, arbeitslos

Sind Sie aktuell AU geschrieben? nein, ja, seit wegen:.....

Haben Sie einen GdB? nein, ja, in Höhe von

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? nein, ja, am.....

Bitte kreuzen Sie an, unter welchen Symptomen Sie aktuell leiden:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Erschöpfung/Tagesmüdigkeit | <input type="checkbox"/> innere Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> zwischenmenschliche Konflikte | <input type="checkbox"/> Gereiztheit |
| <input type="checkbox"/> kreisende Gedanken / Grübeln | <input type="checkbox"/> Antriebsminderung | <input type="checkbox"/> Neigung zum Weinen |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> Antriebssteigerung | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Einsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Suizidale Gedanken | <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit | <input type="checkbox"/> Flashbacks |
| <input type="checkbox"/> Entscheidungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Gefühllosigkeit / innere Leere | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der eigenen Leistungsfähigkeit | |

erlebte Traumatisierung, wenn ja welcher Art:.....

.....

körperliche Schmerzen, wenn ja welche:.....

.....

Ängste, wenn ja welche:.....

.....

Sonstige Symptome:

.....

Welche **Ziele** haben Sie für eine ambulante Psychotherapie, d.h. was konkret möchten Sie bearbeiten oder an neuem Verhalten lernen oder an Ihrem aktuellen Verhalten ändern, so dass Sie mit Ihrem Leben (wieder) zufrieden sein könnten?

.....

.....

.....

.....

.....

Sonstige Informationen / Fragen:

.....