

Anmeldebogen für ein Vorgespräch Erwachsene ab 18 Jahre

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Anmeldebogen haben Sie die Möglichkeit, sich bei uns für ein Vorgespräch im Rahmen der sog. psychotherapeutischen Sprechstunde anzumelden.

Der vorliegende Bogen enthält Fragen zu Ihrer Person, Ihren Beschwerden und Ihren Therapiewünschen. Ihre Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir für Sie die richtige Anlaufstelle sind und um ein mögliches erstes Gespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorzubereiten. Wir möchten Sie bitten, jede Frage zu beantworten, damit wir ein ganzheitliches Bild von Ihnen erhalten können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der psychotherapeutischen Schweigepflicht. (siehe Information zum Datenschutz)

Angaben zu Ihrer Person

Frau | Mann | Divers

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Geburtsort/ -Land: _____

Straße/PLZ/ Wohnort: _____

Festnetznummer: _____ **Mobil:** _____

**Dürfen wir Nachrichten auf Ihrem Anrufbeantworter/
Ihrer Mailbox hinterlassen?** Ja Nein

Name der Krankenversicherung: _____

gesetzlich privat

Planen Sie in nächster Zeit umzuziehen? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Neue Anschrift: _____

Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand? ledig, Single ledig, in fester Partnerschaft

verheiratet geschieden verwitwet getrennt lebend

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Wenn ja, wie alt? _____

Wohnsituation: Ich lebe allein Ich lebe mit jemanden zusammen

(WG, Partner, Kinder, betreutes Wohnen, Mutter-Kind Haus...)

Berufsstatus: Vollzeit In Ausbildung

Teilzeit Hausfrau/-mann

Schüler/in

Student/in Fach: _____

In Altersrente/Pension Seit wann: _____

EU-berentet auf Zeit Seit: _____

EU-berentet auf Dauer Seit: _____

Arbeitslos Seit: _____

Falls berufstätig: Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____

Erlerner Beruf: _____ Keine Berufsausbildung

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? Ja, seit: _____ Nein

Grund: _____

Haben Sie eine Schwerbehinderung? Ja, GdB: % Nein

Wenn ja, welche Art der Behinderung? _____

Hausarzt/in: Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ist bereits eine Überweisung zur Psychotherapie vorhanden? Ja Nein

Bitte geben Sie diese zusammen mit Ihrem Anmeldebogen in der Ambulanz ab!

Falls nicht vorhanden, bringen Sie bitte spätestens zu Ihrem ersten Termin eine quartalsgültige Überweisung mit!

Erhalten Sie weitere Unterstützungsmaßnahmen? Ja, Soziale Betreuung/ amb. Sozialpsychiatrie

Gesetzliche Betreuung

Andere: _____

Nein

Angabe zu Ihrer Krankengeschichte

Hatten Sie während der letzten 6 Monate bereits wegen Ihrer aktuellen Beschwerden ein Vorgespräch (Psychotherapeutische Sprechstunde) bei einem Psychotherapeuten/in?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte eine Kopie des erhaltenden Formulars (PTV 11) zusammen mit dem Anmeldebogen bei uns ab!

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Psychotherapie? Ja Nein

Wenn ja, wann? Anfangsdatum: _____ Enddatum: _____

Wegen welcher Beschwerden/ Diagnose(n)? _____

Welche Therapieform? Verhaltenstherapie Tiefenpsychologische Therapie
 Psychoanalytische Therapie sonstige Therapieform
 nicht bekannt

Bei welchem Therapeuten/in? (Name u. Adresse)

Hat die Therapie geholfen? Ja Nein

Wie viele Therapiestunden haben stattgefunden? _____

Sind Sie zurzeit in ambulanter psychiatrischer Behandlung? Ja, bei: _____

Nein

Werden Sie aktuell in einer Institutsambulanz behandelt? Ja, bei: _____

Nein

Nehmen Sie zurzeit Psychopharmaka ein? Oder haben Sie früher einmal Psychopharmaka eingenommen?

Ja Nein Ja Medikament: _____ Zeitraum: _____

Nein

Durch welchen Arzt/in werden Ihnen diese Medikamente verordnet? (Name, Anschrift)

Haben Sie eine Therapieauflage (z.B. von Jugendamt, Gericht, etc.)? Ja _____

Nein

Gab es **früher** oder **aktuell** bereits stationäre oder teilstationäre Behandlungen in einer Psychatrie, psychosomatischen Klinik oder psychosomatischen Rehaklinik?

Ja

Nein

Falls Ja, fügen Sie bitte Befunde bei.

Wenn ja, wo? _____ Zeitraum: _____

Diagnose: _____

Ist derzeit eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in einer Klinik geplant oder beantragt?

Ja

Nein

Wenn ja, wo? _____ Zeitraum: _____

Angaben zur geplanten Psychotherapie

Was soll sich durch eine Therapie verändern/ verbessern?

Angaben zu Ihren aktuellen Beschwerden

Im Folgenden bitten wir Sie, uns kurz Ihre Beschwerden/Probleme/Krankheit zu schildern. Welche seelischen und/oder körperlichen Beschwerden haben Sie? Wie äußern sich diese?

In welchen Situationen treten die Probleme oder Beschwerden auf? Wann verstärken Sie sich? Wodurch können diese gebessert werden?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Haben Sie eine Vermutung, woher die Beschwerden kommen/wie sie entstanden sind? Gab es ein bestimmtes Ereignis oder einen konkreten Auslöser?

Ja Nein

Wenn ja, schildern Sie bitte kurz Ihre Vermutung:

Haben Sie körperliche Erkrankungen?

Ja Nein

Ja, folgende:

Seit wann?

Sind Sie diesbezüglich in Behandlung?

Ja Nein

Ja, durch:

Ihre Körpergröße:

Ihr Gewicht:

Nehmen Sie zurzeit Suchtmittel? (z.B. Alkohol, Tabak, Cannabis, Amphetamine, Beruhigungsmittel, Medikamente, etc. ..)

Ja Nein

Wenn ja, welche und wie oft? (mehrmals täglich, täglich, mehrmal pro Woche, einmal pro Woche/ Monat)

Substanz

Menge

Wie oft

Substanz	Menge	Wie oft

Wann zuletzt?

Haben Sie früher Suchtmittel genommen? Ja Nein

Wenn ja, welche ?

Über welchen Zeitraum:

Sind Sie zurzeit an der Fresenius Hochschule immatrikuliert? Ja Nein

Standort: _____ Fach: _____

Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden wöchentlich zu einem festen Termin statt.
Zu welchen Zeiten könnten Sie Ihren Termin wahrnehmen?

Geben Sie hier bitte den frühestmöglichen und den spätmöglichsten Termin an.

Montag: Dienstag:

Mittwoch: Donnerstag:

Freitag:

Stimmen Sie einer Rückmeldung zu Ihrer Anmeldung per unverschlüsselter E-Mail zu?

Ja Nein

E-Mail Adresse: _____

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie während der möglichen weiterfolgenden Therapie werden von der Charlotte Fresenius Hochschule personenbezogene Daten erhoben und verarbeitet.

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname,

meine Einwilligung, dass die nachfolgend genannten personenbezogenen Daten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie während einer möglichen weiterfolgenden Therapie verarbeitet werden dürfen.

Die Erklärung meiner Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich kann sie ohne Angaben von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte.

Meine vorstehende Einwilligung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Diesen Widerruf kann ich zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen telefonisch, schriftlich oder per E-Mail (Hochschulambulanz@charlotte-fresenius-uni.de) erklären. Weitere Informationen und Hinweise über den Umgang mit Ihren Daten nach

Art. 13, DSGVO finden Sie in den anliegenden Datenschutzhinweisen.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum,

Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Internet/ soziale Medien

Homepage der Hochschulambulanz

Gesundheitsportal der Stadt Wiesbaden

Empfehlung durch:

Hausarzt/Facharzt

Freunde/Bekannte

Sonstige: _____

Zufall

Sollten wir uns innerhalb von 2 Wochen nicht gemeldet haben, können Sie gerne unter 06 11/ 13 91 97 60 nach dem Bearbeitungsstand fragen.