

AUFNAHMEBOGEN

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Alter zu Behandlungsbeginn:

Anschrift:

.....

Terminzeiten: Mo: Di: Mi: Do: Fr:

.....

Telefonnummer: Anruf privat möglich (auch AB)

E-Mail-Adresse:

mit Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich ausdrücklich mit diesem Kommunikationsweg einverstanden. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Krankenversicherung:

(Hauptversicherter (sofern nicht selbst):))

Behandelnder Arzt (sofern vorhanden):

ggf. Medikamente + Dosierung:

Vorbehandlungen/ Therapien:

Bitte geben Sie an, wie es Ihnen bezüglich folgender Punkte letzten Monat im Durchschnitt ging:

Stimmung, Stimmungsschwankungen:

Antrieb und Energie:

Ängste (wenn ja, welche?):

Körperliche oder innere Unruhe:

Schlafstörungen (wenn ja welche, seit wann, Auslöser bekannt?):

Appetit (Steigerung, Verlust, Gewichtsveränderungen?):

Grübeln oder Sorgen (wenn ja, welche Hauptthemen?):

Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis:

Lebensüberdruss- oder Suizidgedanken?: