

**Psychologische Praxis Dipl.-Psychologe Heinrich Obberg
Psychologischer Psychotherapeut der KV 1870148**

Name..... Vorname..... Straße.....
Geb. am Ort/PLZ..... Tel. priv.).....
Tel. (d)..... Religion..... Beruf.....
Arbeitgeber.....
Alter u. Beruf des Partners.....
Alter und Name der Kinder.....
Adresse des Hausarztes.....
Adresse des Neurologen.....
Anstoß, einen Dipl. Psych. aufzusuchen?:..... Empfehlung

Art der Beschwerden/Störungen (bitte alles ankreuzen, was für Sie zutrifft):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzrasen o. ä. | <input type="checkbox"/> Prüfungsängste |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Schwächen/Ohnmachten | <input type="checkbox"/> Drogenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Innere Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Ein- u./oder Durchschlafprobleme | <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Erschöpfung/ Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Einnässen |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Ostarke Aggressionen |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit mir | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit | <input type="checkbox"/> OSelbstmordversuche -gedanken |
| <input type="checkbox"/> Osexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> O Kontaktprobleme | <input type="checkbox"/> OLernbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> O Partnerprobleme | <input type="checkbox"/> O Ängste in sozialen Situationen | <input type="checkbox"/> O Depressionen/ Traurig sein |
| <input type="checkbox"/> O Erröten | <input type="checkbox"/> O Angst vor Alleinsein | <input type="checkbox"/> O Legasthenie |
| <input type="checkbox"/> O Angst vor best. Dingen/Tätigkeit | <input type="checkbox"/> O belastende Angewohnheiten | <input type="checkbox"/> O Tablettenprobleme u.ä.? |
| <input type="checkbox"/> O Sex. | | |
- Missbrauch/Gewalt/Nötigung Sonstiges.....
.....
.....

Durch welche Beschwerden fühlen Sie sich besonders stark beeinträchtigt?:

- 1)..... Dauer.....
2)..... Dauer.....
 3)..... Dauer.....

Bisherige Behandlungsversuche: Klinikaufenthalte, Psychotherapie

- 1)..... Dauer..... Erfolg.....
2)..... Dauer..... Erfolg.....
3)..... Dauer..... Erfolg.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

- 1)..... Morgen Mittag Abend
2)..... Morgen Mittag Abend
3)..... Morgen Mittag Abend

Welche Ziele möchten Sie innerhalb der bevorstehenden Therapie erreichen?

- 1).....
2).....
3).....
4).....

Wie groß sind Ihre Erwartungen und Hoffnungen auf die Wirksamkeit der Psychotherapie?

- sehr groß groß mäßig gering sehr gering

Wie groß ist Ihre Bereitschaft für dieses Ziel Kraft aufzubringen?

- sehr groß groß mäßig gering sehr gering

HATTINGEN, DATUM.....