

Fragebogen zur Therapieanmeldung

| | |
|--------------|-----------------|
| Name: | Vorname: |
| Geb. | |
| Straße: | Plz. Ort |
| Telef. Priv. | Telef. Dienstl. |

| |
|-------------|
| Religion: |
| Beruf: |
| Arbeitgeber |

| |
|-------------------------------|
| Alter und Beruf des Partners: |
| Alter und Name der Kinder: |

| |
|-------------------------|
| Adresse des Hausarztes: |
| Adresse des Neurologen: |

| |
|---|
| Anstoß, einen Dipl.-Psych. aufzusuchen: |
|---|

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

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

Durch welche Beschwerden fühlen Sie sich besonders stark beeinträchtigt?:

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

Bisherige Behandlungsversuche: Klinikaufenthalte, Psychotherapie

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

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

| | | | |
|-----|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1.) | <input type="radio"/> Morgen | <input type="radio"/> Mittag | <input type="radio"/> Abend |
| 2.) | <input type="radio"/> Morgen | <input type="radio"/> Mittag | <input type="radio"/> Abend |
| 3.) | <input type="radio"/> Morgen | <input type="radio"/> Mittag | <input type="radio"/> 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

Grundinformation zur Aufnahme einer Psychotherapie

Zu meinen psychotherapeutischen Angeboten gehören neben der Einzeltherapie und Beratung (z. T. mit Einbeziehung von Ehe- /Partnern) .Auf diese Weise stelle ich Ihnen meine berufliche Kompetenz zur Verfügung, so dass Sie einen für Sie angemessenen Weg aus Ihren Problemen finden können. Solche können z.B. sein: Ängste, Depressionen, Kontaktprobleme, Arbeitsstörungen, Partnerprobleme, psychosomatische Beschwerden (Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Herzbeschwerden o. ä.), Essstörungen, sexuelle Probleme o. ä..

Die **ersten Kontaktaufnahme** (Vorgespräch,) dient dem beiderseitigen kennen lernen und überprüfen,, ob mein therapeutisches Angebot und meine Person zur Bearbeitung Ihrer Problematik angemessen und für ein **Arbeitsbündnis beiderseitig annehmbar** erscheinen. **Psychotherapie ist seit Anfang 1999 nicht (mehr) kostenpflichtig!** Ihre gültige Krankenversicherungskarte ist zu jedem Quartalsanfang vorzulegen und reicht zur Behandlung vollständig aus. **Für Privatpatienten** stelle ich im Quartalsabstand Rechnungen aus, deren Betrag Sie bar oder per Verrechnungsscheck wie üblich **zunächst privat bezahlen** und dann der Kasse zur Rückerstattung vorlegen! **In der Regel** finden die psychotherapeutischen Behandlungen **1 x wöchentlich** jeweils 50 Minuten statt. Die Gesamtdauer einer Therapie ist sehr unterschiedlich, sie kann sich über 25 Kontakte erstrecken (Kurztherapie), aber auch über 1 bis 2 Jahre. Art und Umfang der Therapie erfolgen stets in Absprache mit Ihnen. **Eine gute Motivation, Offenheit und Zuverlässigkeit ist eine unerlässliche Voraussetzung für den Erfolg der Therapie.**

Ausfallregelung: Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen Termin einzuhalten, bitte ich Sie dringend um sofortige Information (Tag und Nacht läuft ein Band)! **Dies sollte möglichst 3 Tage (mindestens 2 Werktag!) vor dem verabredeten Zeitpunkt geschehen, so dass eine anderweitige Belegung des Termins möglich ist. Wird diese Absagefrist nicht eingehalten, ist ein Ersatzhonorar vom Kl. selbst zu zahlen.**

Die **Beendigung der Therapie** erfolgt in gegenseitiger Absprache, ein guter Abschied sollte gewährleistet sein. Deshalb erwarte ich, dass der Wunsch oder Entschluss zum Therapieabschluss angekündigt wird und **mindestens eine Therapiesitzung** dafür reserviert wird.

Vereinbarung / Einverständnis zwischen Klient und Therapeut:

- § 1 Der Klient verpflichtet sich Selbsttötungsabsichten dem Therapeuten mitzuteilen. Er wurde informiert, dass in diesem Fall eine stationäre Behandlung notwendig wird.
- § 2 Der Therapeut verpflichtet sich, alle Gespräche und Angaben des Klienten absolut vertraulich zu behandeln.

Ich bin informiert worden, dass der Arzt und die Krankenkasse i. S. der Schweigepflichtbindung über die Therapie informiert werden darf.

Unterschrift: Klient/in

Unterschrift: Therapeut