



Basisdokumentation am \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:  
[ ] [ ] [ ] [ ]  
TT MM JJJJ

Name: \_\_\_\_\_  
[ ] weiblich  
[ ] männlich  
[ ] divers

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anrufbeantworter / Mailbox: ja [ ] nein [ ]

Was ist der Anlass Ihrer Vorstellung bei mir? (Stichworte):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beziehung:  
ledig [ ] Partnerschaft [ ] Ehe [ ] geschieden [ ]

Kinder: keine [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]

Alter: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_

Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit? nein [ ], ja [ ], seit \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Kostenträger:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Berentung: nein [ ]

Begehren [ ] beantragt [ ] abgelehnt [ ]

ja [ ] bis: \_\_\_\_\_

wegen \_\_\_\_\_

Überwiesen von / wie kamen Sie auf meine Praxis?:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Therapiewunsch: Eigen [ ]

Fremd [ ] durch \_\_\_\_\_

Hausarzt:  
\_\_\_\_\_

Neurologe / Psychiater:  
\_\_\_\_\_

Adresse / Telefonnummer:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse / Telefonnummer:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ambulante Psychotherapie(n) (früher):  
Jahr und Anzahl Sitzungen

Psychiatrisch-(teil-)stationäre Behandlung(en):  
Jahr und Dauer

(aus Platzgründen auch rückseitig [ ])

(aus Platzgründen auch rückseitig [ ])

Körperliche Erkrankungen:  
1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
(aus Platzgründen auch rückseitig [ ])

Aktuelle Medikation (Dosis):  
A \_\_\_\_\_  
B \_\_\_\_\_  
C \_\_\_\_\_  
(aus Platzgründen auch rückseitig [ ])

Körpergröße (m): \_\_\_\_\_

Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_