

Dr. med. A. Schüler-Schneider
Facharzt für Psychosomatische Medizin
Facharzt für Innere Medizin u. Psychoanalyse
Guiollettstraße 27, 60325 Frankfurt am Main
Tel. & Fax: (069) 63 53 63 oder (06172) 937738

Anmeldebogen zur Psychotherapie

Vor- und Nachname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf (bei Studenten: Studienfach/Semesterzahl): _____

Arbeitgeber: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Geschlecht: _____

Überwiesen /empfohlen von: _____

Krankenkasse: _____

Ich komme zur Klärung folgender Beschwerden:

Das Erstgespräch, wie auch eine eventuelle weitere Beratung oder Behandlung werden über die oben genannte Krankenversicherung abgerechnet. Dazu ist **für gesetzlich Krankenversicherte für jedes Quartal die Vorlage des Versichertenkartchens nötig**, unabhängig davon, ob die Behandlungsstunden bereits von der Krankenkasse bewilligt wurden. Ohne Einlesen des Kartchens können wir die Kosten nicht über die Krankenkasse abrechnen und müssen sie Ihnen persönlich in Rechnung stellen.

Die privatärztliche Liquidation (für privat Krankenversicherte) erfolgt mit dem 2,8 fachen Satz der GOÄ 1996.

- Der überweisende Arzt (Hausarzt) soll einen Arztbrief erhalten. Hierzu entbinde ich Herrn Dr. A. Schüler-Schneider und die Praxismitarbeiter von der ärztlichen Schweigepflicht
- Der überweisende Arzt soll keinen Arztbrief erhalten

Ich möchte die vor einer Psychotherapie notwendige körperliche Untersuchung

- hier in der Praxis durchführen lassen
- bei meinem Hausarzt durchführen lassen

Termine, die nicht 24 Std. vorher abgesagt werden, werden in Rechnung gestellt, falls sie nicht kurzfristig belegt werden können.

Zur Kenntnis genommen:

Datum:

Unterschrift:

Für die sorgfältige Vorbereitung Ihrer Behandlung möchten wir Sie um möglichst genaue Beantwortung der Fragen bitten. Ihre Angaben und Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Welche Erkrankungen (inkl. körperliche) sind bei Ihnen vorbekannt?

.....

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

.....

Bestehen Allergien? Wenn ja, wogegen?

.....

Bei wem sind Sie bis zum 21. Lebensjahr aufgewachsen?

Eltern	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Vater allein	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Mutter allein	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Stiefvater	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Stiefmutter	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Adoptiveltern	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Pflegeeltern	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Verwandten	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Heim	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)
Sonstige	()	von	.....	bis	.....	(Lebensalter)

Wissen Sie etwas über Besonderheiten Ihrer Geburt oder der Schwangerschaft?

Frühgeburt	()	Sauerstoffmangel	()
Zangengeburt	()	Alkohol-/ Drogenkonsum	
Kaiserschnitt	()	während der SS	()
Mehrlingsgeburt	()	Erkrankungen Ihrer Mutter	
		während der SS	()

Sonstiges:

.....

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt?

	Vater	Mutter
unter 20	()	()
20 - 24	()	()
25 - 29	()	()
30 - 34	()	()
35 - 39	()	()
über 40	()	()

Datum der Eheschließung der Eltern:

Beruf des Vaters (in der Kindheit ausgeübt):

Beruf der Mutter (in der Kindheit ausgeübt):

Erkrankungen der Eltern (körperliche und insbesondere psychische):

.....

Wie viele Jahre jünger als Sie sind Ihre Geschwister? (Auch verstorbene)

.....

Sind Geschwister verstorben? Ja () Nein ()

Besonderheiten (z.B. Adoptiv- oder Pflegegeschwister u.a.):

.....

Gab es in Ihrer Kindheit Wohnwechsel, unter denen Sie gelitten haben?

Ja () In welchem Alter?

Wie empfanden Sie Ihr Zuhause?

- sehr gut ()
 - gut ()
 - befriedigend ()
 - mangelhaft ()
 - unzulänglich ()
- wenn möglich, geben Sie bitte an, warum:

.....

Hatten Sie in Ihrer Kindheit (soweit bekannt) Schwierigkeiten mit:

- | | |
|--------------------|--------------|
| Essen () | Spielen () |
| Lernen () | Sprechen () |
| Freundschaften () | Laufen () |
- Sonstigem:

Haben Sie gelitten unter:

- | | Ja | im Alter (von, bis) |
|---|-----|---------------------|
| Ängsten (z.B. vor Dunkelheit, Tieren) | () | |
| Wutanfällen | () | |
| Einnässen | () | |
| Einkoten | () | |
| Erbrechen | () | |
| Verstopfung | () | |
| Durchfällen | () | |
| Einsamkeit, Verstimmungen | () | |
| Schlafstörungen | () | |
| Nächtl. Aufschrecken | () | |
| Stottern | () | |
| Zwängen | () | |
| Ohnmachten | () | |
| Hautkrankheiten | () | |
| Asthma | () | |
| Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen | () | |
| Trennungsängsten | () | |
| Lese- u. Rechtschreibstörungen | () | |
| Körperliche Unruhe (über die Altersnorm hinausgehend) | () | |

Erhöhte Impulsivität ()
Sonstigem:

Haben Sie als Kind auffallend:

	Ja	im Alter (von, bis)
Daumen gelutscht	()
Nägel gebissen	()
Schlafgewandelt	()
Genascht	()
Gelogen	()
Gestohlen	()
Sind Sie von Zuhause weggelaufen?	()
Sonstiges:		

Hatten Sie bis zum 21. Lebensjahr schwere Krankheiten, Operationen oder Unfälle, die ärztlicher Behandlung bedurften?

Nein ()
Ja () welche ?.....
.....
in welchem Alter?
eventuelle Folgen?

Spielten in Ihrem Leben ungewöhnlich schwere Ereignisse eine Rolle (z.B. Kriegsergebnisse, Gefangenschaft, Verfolgung, Vertreibung, Unglücksfälle)?

Welche? Alter:.....

Ihre Schul- und Ausbildungszeit

	Ja	Alter
Haben Sie öfter die Schule gewechselt?	()
Hatten Sie Schwierigkeiten in der Schule?	()
Haben Sie einmal eine Klasse übersprungen?	()
Haben Sie einmal eine Klasse wiederholt?	()
Waren Sie über längere Zeit vom Turnen befreit?	()
Besonderheiten:.....		

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

Kein Abschluss ()
Hauptschulabschluss ()
Realschulabschluss ()
Fachabitur ()
Abitur ()
Im Alter von

Studium/ Ausbildung

Haben Sie eine Ausbildung oder ein Erststudium begonnen oder abgeschlossen?

() Nein
() Ja; begonnen und zwar:
() Ja; abgeschlossen und zwar:

Wenn Sie studiert haben:

Wie finanzierten Sie Ihr Studium? (Mehrere Angaben möglich) Durch

Unterstützung der Eltern ()
Unterstützung anderer Personen ()
Stipendium ()
Eigene vorhandene Mittel ()
Werkarbeit oder ähnliches ()

Wo wohnen Sie zurzeit?

Bei den Eltern ()
In eigener Wohnung im Haus der Eltern ()
In eigener Wohnung (Eigentum, Miete u.a.) ()
Haben Sie einen oder beide Elternteile
dauernd in Ihrer Wohnung aufgenommen? ()

Partnerschaft:

Leben Sie zurzeit in einer festen Partnerschaft ()ja ()nein
Verheiratet seit:
Geschieden seit:
Jetziges Alter des (Ehe)Partners:.....
Evtl. berufliche Tätigkeit des (Ehe)Partners:.....

Kinder:

	Anzahl	Alter
Söhne:
Töchter:
Besonderheiten:	

Gynäkologische Vorgeschichte (für Patientinnen):

Erste Regel mit Jahren.

Besonderheiten der Periode:

		Alter
Beschwerden	()
Unregelmäßigkeiten	()
Längerer Ausfall	()

Fehlgeburten: keine () eine () mehrere ()
Schwangerschaftsbeschwerden: nein () ja ()

Besonderheiten:.....

Waren Sie schon

() in psychiatrischer Behandlung? Wann?.....
bei?
() in psychotherapeutischer Behandlung? Wann?.....
bei?
() zu einer Testuntersuchung (z.B. bei Arbeitsamt)? Wann?.....
bei?

Wichtig

Sind Ihnen sonstige Besonderheiten erwähnenswert, nach denen nicht gefragt wurde?

Welche?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....