

## Fragebogen für neue Patienten

Um Sie gut beraten zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Deshalb bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und vor dem ersten Termin uns zukommen zu lassen. Ihre Angaben werden generell streng vertraulich behandelt gemäß der ärztlichen und psychotherapeutischen Schweigepflicht. (Eine Übermittlung per email ist nicht ausreichend geschützt und wird nicht empfohlen).

Name, Adresse:

Telefon-Nr., privat, beruflich:

Dürfen wir Nachrichten auf Ihren Anrufbeantworter sprechen (möglicherweise nicht ausreichender Datenschutz)?:

Hausarzt:

Soll der Hausarzt über Ihre Behandlung von uns informiert werden?: ja    nein  
Falls ja, ist eine schriftliche **Schweigepflichtentbindung erforderlich**, die jederzeit widerrufen werden kann. Bei Wechsel des Hausarztes ist eine erneute Schweigepflichtentbindung erforderlich.

Ich entbinde hiermit Behandler/in von der Schweigepflicht gegenüber dem genannten Hausarzt. Widerrufsrecht besteht jederzeit.

Datum:            Unterschrift:

Angehörige, Nahestehende, für den Notfall mit Telefon-Nr.:

Mit der Angabe einer Telefon-Nr. erklären Sie sich einverstanden, dass wir im Notfall (z.B. Suizidalität, akute Verschlechterung) Kontakt aufnehmen und entbinden uns in dieser Hinsicht von der ärztlichen Schweigepflicht. Daten, die nicht im Zusammenhang mit dem Notfall stehen, werden nicht ohne Ihre Zustimmung übermittelt. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich.

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen?

Gab es in der Vergangenheit psychische Erkrankungen in Ihrem Leben?

Sind sie schon in psychotherapeutischer Behandlung gewesen? (ggf. in welchem Jahr, weswegen?)

Sind Komplikationen der Schwangerschaft der Mutter mit Ihnen oder bei Ihrer Geburt bekannt?

Haben Sie sich - soweit bekannt - nach der Geburt normal entwickelt (Wachstum, laufen, sprechen lernen...)

Gab es schwere körperliche Erkrankungen, Unfälle, Operationen bisher im Leben?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Wurden Sie stationär im Krankenhaus oder in einer Reha-Klinik (Kur) behandelt? In welchem Jahr und weswegen?

Welche psychischen Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Wie oft trinken Sie ungefähr wieviel Alkohol?

Nutzen Sie Drogen oder stimulierende Mittel?

Rauchen Sie?

Gab es Anklagen wegen Ordnungswidrigkeiten oder Straftaten? Konflikte mit dem Gesetz?

Für Frauen: Sind Sie schwanger?

Ist die Menstruation regelmäßig?

Nehmen Sie die „Pille“?

Schulabschluss, Berufsausbildung:

Sind Sie zurzeit berufstätig?

Was arbeiten Sie?

Probleme am Arbeitsplatz?

Arbeitslosigkeit seit:

Krankschreibung seit:                      wegen:

Falls Sie privat versichert sind: Besteht ein eingeschränkter  
Versicherungsumfang? (Basis- od. Standardtarif?)

Rentenantrag gestellt?                      Berentet seit:

Besteht eine anerkannte Behinderung?                      Grad der Behinderung:

Finanzielle Situation?

Wohnsituation?

Freizeitbeschäftigung, Hobby?

Wie ist der Kontakt zu Eltern:

Wieviele Geschwister haben Sie?

Wie ist der Kontakt zu ihnen?

Familienstand:

Wie ist die Ehe- oder Paarbeziehung?

Wieviele eigene Kinder?              Wie ist der Kontakt?

Wieviele Bekannte haben Sie?              Wie oft in der Woche oder im Monat treffen  
Sie sie?

Wieviele Freunde oder vertraute Menschen haben Sie?

Gibt es besonders belastende Ereignisse in Ihrem Leben? (Falls die Frage Sie zu  
sehr belastet, sollten Sie sich schnell ablenken).

Eigene Ergänzungen, ggf. auf extra Blatt:

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Vertrauen. Die Daten werden nur zum Zweck  
Ihrer Behandlung benutzt und spätestens nach 30 Jahren vernichtet. Nähere  
Angaben siehe Praxisinfo, Datenschutz .

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Hinweis zum Datenschutz: Unsere Praxis ist nicht an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen, Ihre Daten  
werden nicht für eine zentrale Speicherung weitergegeben. <https://www.ti-frei.de/info.html> ,  
<https://www.aktion-datenschutz-in-deutschen-praxen.de>