

# Patientenfragebogen



Psychotherapeutische Praxis  
Dipl. Psych. Anka Teubert

## ***Persönliche Angaben:***

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

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_

## ***Versicherungsangaben:***

Krankgeschrieben/berentet/beurlaubt, seit: \_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsart:  Mitglied,  Familienversicherte/r,  Rentner/in

## ***Behandelnder Arzt:***

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

Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Behandelnder Facharzt: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass ich, in Abstimmung mit Ihnen, Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt halte, wenn dies notwendig ist oder dem therapeutischen Verlauf dienlich sein kann?

Ja/Nein

Durch wen oder was haben Sie zu mir gefunden?

---

### **Angaben zu Ihren Beschwerden**

Waren Sie bereits mit den Beschwerden bei Ihrem Arzt? Wenn ja, was war das Ergebnis? Besteht vielleicht bereits eine ärztliche Diagnose? Wenn ja, welche?

---

---

---

Bitte beschreiben Sie mir Ihre derzeitigen Probleme bzw. Beschwerden in Ihren eigenen Worten (wenn der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte ein zusätzliches Blatt):

---

---

---

Seit wann besteht diese Problematik?

---

Wie oft treten diese Beschwerden auf?

---

Was ist vorher passiert, wie gestaltete sich Ihr Leben vor den Beschwerden?

---

---

Gab es Ereignisse oder Veränderungen in Ihrem Leben, die den Beschwerden voraus gingen?

---

---

Wurden Ihre Beschwerden bereits behandelt? Wenn ja, welcher Art waren diese Behandlungen, von wem und wo wurden Sie behandelt? (Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte geben Sie die Namen und auch den Zeitraum an)

---

---

---

Gab es in Ihrem Leben tief erschütternde oder gar traumatische Erfahrungen? Nein/Ja (wenn ja, Alter oder Datum + nur ein schlüssiges Stichwort für das Erlebnis)

---

---

Wenn ja, sind diese Erlebnisse jemals durch Therapie behandelt worden?  
Nein/Ja durch (Therapieart):

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

---

Haben Sie Vorerfahrungen in Entspannungsmethoden, Yoga oder Meditation?

---

Haben Sie Bewegungseinschränkungen, wenn ja, welche?

---

Was soll sich durch die Therapie verändern (auf körperlicher, beruflicher, familiärer und psychischer Ebene) und woran können Sie erkennen, dass es sich verändert hat?

---

---

---

---

Gibt es noch etwas, was Sie mir mitteilen möchten, was für die für die Behandlung von Bedeutung sein kann?

---