

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse:

Tel. Nr.:

E-Mail:

Unter welchen Beschwerden leiden Sie derzeit? Problembeschreibung:

Seit wann bestehen Ihre Probleme? Gibt es einen Auslöser?

Haben Sie im Vorfeld einen Psychotherapeuten/Psychologen aufgesucht oder eine Psychotherapie absolviert, wenn ja, wann und wen?

Haben Sie im Vorfeld einen Psychiater besucht, wenn ja, wann und wen?

Gab es im Vorfeld psychiatrische Klinikaufenthalte oder psychosomatische Reha-Aufenthalte, wenn ja wann und wo?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Haben Sie bereits eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen, wenn ja welche?

Nehmen Sie aktuell psychiatrische Medikamente, wenn ja welche?

Sind Sie derzeit in Arbeit?

EU-Berentet, seit wann?

Sind Sie aktuell arbeitsunfähig (AU) geschrieben, wenn ja seit wann?

Haben Sie einen Betreuer, wenn ja, wen?

Haben Sie eine Einzelfallhilfe?

Haben Sie eine Hauskrankenpflege, wenn ja wen?

Bitte schicken Sie uns den ausgefüllten Fragebogen **per Post** zu oder geben Sie ihn **persönlich** in unserer Ambulanz ab.

Alle hier angegebenen Daten werden vertraulich behandelt. Bezüglich der Anmeldung erhalten Sie zeitnah eine Rückmeldung. Bei akuter Verschlechterung bitten wir Sie um Vorstellung in der Rettungsstelle.