**Angaben zur Person (Patient/in)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Anschrift privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telefon & Handynummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fax privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telefonnummer (dienstlich): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Versicherungsstatus: □ gesetzlich □ voll privat □ Beihilfe

Mitbehandelnde Ärzte/innen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fachärztliche Kollegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Schweigepflicht-Entbindung für Angehörige/nahestehende Personen**

Um auch Ihren Angehörigen, zum Beispiel Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Auskünfte mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Name Verwandtschaftsgrad Telefon

1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Im Notfall zu benachrichtigen** (Name, Verwandtschaftsgrad, Telefonnummer):

**Gesetzliche Betreuung** □ Ja □ Nein

Name (des Betreuers): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Vermögen/Finanzen □ Post □ Behördenangelegenheiten
□ allg. Gesundheitsfürsorge □ psychiatrische Gesundheitsfürsorge
□ Wohnungsangelegenheiten □ Heimangelegenheiten
□ Aufenthaltsbestimmungsrecht
□ Einwilligungsvorbehalt (alleine nur „Taschengeld-Geschäfte“ möglich)

**Für Frauen:** Schwangerschaft ? □ ja □ Nein

**Operationen in der Vorgeschichte** (welche/wann)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grund ihres Besuches, aktuelle Beschwerden**

**□** Arbeitsplatzkonflikt, □ Selbstwertproblem, □ Existenzängste, □ Zukunftsängste,

□ Todesangst (z.B. durch Krebsdiagnose), □ Trennungs-Partnerschaftskonflikt,

□ Identitätskonflikt, □ Mutter/Vater-Kind-Konflikt, □ unbestimmte Ängste,

□ Verfolgung/Bedrohungserleben, □ Stimmen hören, □ optische Halluzinationen,

□ chronische Müdigkeit, □ Schlafstörungen, □ Konzentrationsstörungen,

□ Antriebsarmut, □ selbstverletzendes Verhalten,

□ Selbstmordgedanken, □ konkrete Pläne, □ Selbstmordversuch (wann):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anti-Suizidvertrag**

**Ich versichere, dass ich aktuell keine akuten Suizidabsichten habe und in der Lage bin mich rechtzeitig in der Praxis oder einem psychiatrischen Krankenhaus vorzustellen**.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Frühere/aktuelle psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung** (wo, wann)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chronische Erkrankungen/Allergien**

□ Raucher □ Alkoholproblematik
□ Drogenproblematik □ Bluthochdruck
□ Schilddrüsenerkrankung □ Herzerkrankung (welche)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
□ Diabetes/Zuckerkrankheit □ Lungenerkrankungen (welche)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
□ Magen-Darm-Erkrankung □ Reizdarm
□ Nierenerkrankungen □ Lebererkrankungen
□ Rheuma □ chronische Schmerzen
□ Libidostörungen

□ Essstörung □ Magersucht □ Bulimie □ Binge Eating(Ess-Sucht)

□ HIV □ Hepatitis C
□ ansteckende Erkrankungen (welche):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergien** (welche): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Regelmäßige Medikation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikation | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Treiben Sie regelmäßig Sport?** □ ja □ Nein Sportart:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
□** Familie □ Freunde □ anderer Patient □ Hausarzt
□ Facharzt □ BeWo □ Internet **□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Patient/in