

Datum: Name: Geburtsdatum: männlich / weiblich

Telefon: Email: Wohnort:

Lebensform: allein lebend in Partnerschaft geschieden in Ehe

Kinder: nein ja => Anzahl: Namen, Geschlecht und Alter:

Geschwister: Anzahl: Platz in der Geschwisterreihe: (Genogramm siehe Rückseite)

Höchste abgeschlossene Bildungsstufe:

Ausgeübte Berufe:

Gegenwärtiger Erwerbsstatus: in Ausbildung berufstätig arbeitslos in Karenz Haushalt/Familie

Krankenstand seit bis Vorruhestand/Früh- oder Invaliditätspension in regulärer Pension

Überweisungskontext:

Eigeninitiative Clearingstelle Beratungsstelle: Empfehlung durch:

ärztliche Zuweisung durch: Internet Pth.-Verzeichnis

Anlass zur Psychotherapie (Problembeschreibung, Dauer, Erklärungsmuster, Lösungsversuche):

Therapieerfahrung:

nein ja, zuletzt Dauer: ambulant bei:

stationäre Karriere:

Stressoren:

Ernährungsgewohnheiten:

Bewegung (Anspannung/Entspannung):

Aktuelle Medikation: keine Neuroleptika Tranquilizer Antidepressiva Hypnotika Analgetika

Sonstige: Alkohol pro Woche Nikotin pro Tag Drogen

Diagnose (ICD-10 und verbale Beschreibung):

Therapieziel/Sonstiges/Ergänzungen:

Im Haushalt leben Personen. Monatliches Haushaltseinkommen netto (inklusive Transferleistungen): €