

# Aufnahmebogen



Psychotherapeutische Praxis Seitz  
 Helena-Platz 1  
 41179 Mönchengladbach

Persönliche Daten	
Name	Vorname (amtlich)
Geburtsdatum	Vorname (gewählt)
Geschlecht/Pronomen	Geburtsort
Beschäftigung	Familienstand
Arbeitszeiten	

Kontaktdaten	
Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort	
Telefon Nr (Festnetz)	Mobil
Email	

Krankenkasse und Arzt	
Behandelnder/überweisender Arzt:	<input type="checkbox"/> Hausarzt
	<input type="checkbox"/> Psychiater
	<input type="checkbox"/> Neurologe

Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> privat versichert
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt

Wie haben Sie uns gefunden?			
<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Arzt : _____	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Bahn BKK
<input type="checkbox"/> Jameda	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

**Zu meinen Symptomen gehören...** (streichen Sie durch was **nicht** zutrifft)

Grübeln, Unruhe, Ängste, Panikatacken, Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Alpträume, Verlust von Freude, Rastlosigkeit, Vergesslichkeit, Selbsthass, Reizbarkeit, Stimmen hören, Suizidgedanken, Perspektivlosigkeit, Stimmungsschwankungen, gedrückte Stimmung, Entscheidungsschwierigkeiten, belastende Erinnerungen, Intrusionen (sich in die Vergangenheit zurückversetzt fühlen), Trauer, Dissoziationen, Gedächtnislücken, Gewichtsveränderungen + \_\_\_ /- \_\_\_ kg, vermehrter Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Selbstverletzendes Verhalten, häufige Beziehungsabbrüche, vermehrtes weinen, Gewaltphantasien, Schreckhaftigkeit, Vermeidung bestimmter Situationen / Orte z.B. \_\_\_\_\_, Schuldgefühle, wiederholende Zwangshandlungen z.B. \_\_\_\_\_, sich im falschen Körper fühlen, Impulsivität,

Sonstiges:

**Bekannte Diagnosen**

**Bisherige psychologische / psychiatrische Behandlung (Anlass / wann / wo / warum beendet)**

**Belastende Lebensumstände**

<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust / Trauer	<input type="checkbox"/> Krankheit (welche)
<input type="checkbox"/> Finanzielle Sorge/Schulden	<input type="checkbox"/> Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges...
<input type="checkbox"/> Trennung	<input type="checkbox"/> Unfälle (wann)	

**Ich möchte mich in Therapie begeben, weil.....**

Ort, Datum

Unterschrift