

# Wiesbadener Psychotherapie-Zentrum (WIAP)

Institutsambulanz der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie

Luisenstraße 28, 65185 Wiesbaden-Mitte, Tel.: 0611-45034-10, Fax: 0611-45034-24

E-Mail: therapiezentrum@wiap.de, Internet: www.wiap.de



**-Vertraulich-**

## Anmeldebogen für Personen ab 18 Jahren

*Im Folgenden bitten wir Sie, Fragen über Ihre Person, Ihre derzeitigen Beschwerden, bisherige Behandlungen und frühere Krankheiten zu beantworten. Dieser Anmeldebogen hilft uns Ihre Situation besser zu verstehen. Falls Sie von uns innerhalb einer Woche nichts hören, rufen Sie uns bitte unter 0611-4503410 an, ob ein Vorgespräch bei der Ambulanzleitung stattfindet oder nicht. In dem Vorgespräch soll konkret geklärt werden, ob die hier durchgeführte Behandlungsform für Sie und Ihre spezielle Problematik die richtige ist, oder ob vielleicht eine andere Behandlung sinnvoller bzw. notwendiger wäre. Bitte beachten Sie, dass der Bogen von Ihnen selbst auszufüllen ist.*

*Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlich-psychotherapeutischen Schweigepflicht.*

### Angaben zu Ihrer Person

Frau       Herr

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_ Festnetznummer: \_\_\_\_\_

Dürfen Nachrichten auf dem Anrufbeantworter des Festnetzes hinterlassen werden?  ja  nein

Zu welchen Uhrzeiten sind Sie in den nächsten Tagen telefonisch am besten erreichbar:

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?  gesetzlich  privat

Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin (Name und Ort): \_\_\_\_\_

Liegt eine Überweisung vom Hausarzt/von der Hausärztin vor?  ja  nein

Wenn ja, welche Diagnose ist auf der Überweisung angegeben? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Arzt/Ärztin      Wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_

Empfehlung durch einen anderen Psychotherapeuten

Internet

Freunde/Bekannte

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen?

ja, welches: \_\_\_\_\_  nein

Leben Sie allein?  ja  nein

Falls nein, mit wem leben Sie zusammen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder?  ja  nein

Falls ja, bitte geben Sie hier Alter und Geschlecht an: \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?

ja, seit: \_\_\_\_\_ Wegen: \_\_\_\_\_

nein

**Angaben zu aktuellen Beschwerden**

*Im Folgenden bitten wir Sie, uns kurz Ihre Beschwerden/Probleme/Krankheit zu schildern und weshalb Sie eine Therapie machen möchten.*

Welche seelischen und/oder körperlichen Beschwerden haben Sie? Wie äußern sie sich?

---

---

---

---

---

Hatten Sie die gleichen Beschwerden bereits zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal?

ja, in welchem Zusammenhang: \_\_\_\_\_

nein

In welchen Lebensbereichen treten die Beschwerden auf?

Privatleben       Berufsleben       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden? Seit \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Vermutung woher die Beschwerden kommen oder was der Auslöser war? Gab es ein bestimmtes Ereignis?

ja     nein

Falls ja, erklären Sie bitte kurz Ihre Vermutung:

---

---

Waren Sie bezüglich dieser Beschwerden bereits in ärztlicher Behandlung?

ja, bei \_\_\_\_\_      Gibt es Vorbefunde?  ja     nein

nein

Haben Sie zurzeit körperliche Erkrankungen?

ja, welche: \_\_\_\_\_, seit \_\_\_\_\_

nein

Wird diese Krankheit behandelt?

ja, durch: \_\_\_\_\_       nein

Nehmen Sie hierfür regelmäßig Medikamente ein?       nein

Ja, welche: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie aktuell Suchtmittel? (wie z.B. Alkohol, Tabak, Medikamente, Cannabis, Amphetamine)

nein

ja, welche Mittel: \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_      Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Haben Sie früher Suchtmittel genommen?

nein

ja, welche Mittel: \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

Wann? Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

### Angaben zur Krankheitsgeschichte

Hatte Sie in der Vergangenheit bereits eine ambulante Psychotherapie?

ja  nein

Falls ja, welche Therapieform?

Verhaltenstherapie  Tiefenpsychologische Therapie

Psychoanalytische Therapie  Sonstige, und zwar: \_\_\_\_\_

weiß nicht

Über welchen Zeitraum hat die Therapie stattgefunden?

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_

Wie viele Therapiestunden/Sitzungen haben Sie wahrgenommen? \_\_\_\_\_

Hat Ihnen die Therapie geholfen?  ja  nein

Sind Sie zurzeit in ambulanter psychiatrischer Behandlung oder an einer psychiatrischen Institutsambulanz?

ja, wo: \_\_\_\_\_  nein

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Psychopharmaka ein oder haben Sie früher einmal Psychopharmaka verordnet bekommen?

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_, seit wann: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Durch wen wurden sie verordnet? \_\_\_\_\_

Gab es bereits stationäre Behandlungen in einer Psychiatrie, psychosomatischen Fachklinik, Suchtklinik oder psychosomatischen Rehaklinik?

o nein

o ja, wann: \_\_\_\_\_, wie lange: \_\_\_\_\_

In welcher Klinik: \_\_\_\_\_

Mit welcher Diagnose? \_\_\_\_\_

**Angaben zur geplanten Psychotherapie**

Was soll sich durch die Therapie verändern/verbessern? Was erwarten Sie von einer Therapie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden wöchentlich zu einem festen Termin statt. Zu welchen Zeiten könnten Sie einen Termin bei uns wahrnehmen? (Bitte frühestmöglichen und spätmöglichen Termin angeben.)*

Montag von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr

Donnerstag von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr

Dienstag von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr

Freitag von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr

Mittwoch von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr

**Wenn Sie in den letzten zehn Jahren in stationärer Behandlung waren, benötigen wir zusätzlich zu diesem Aufnahmebogen eine Kopie des Klinikberichts.**

-----

*Vielen Dank für Ihre Angaben.*

*Wir bitten Sie, uns den ausgefüllten Bogen (ggf. mit der Kopie des Klinikberichts) entweder per E-Mail an **therapiezentrum@wiap.de** oder per Post an unsere Adresse zu schicken. Gerne können Sie den Bogen auch von Montag bis Freitag von 9:00 – 17:00 Uhr persönlich bei uns in der 1.Etage abgeben (Bei einer Verschickung per E-Mail können Daten unterwegs verloren gehen). Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne unter 0611-4503410 an unsere Mitarbeiter. Wir melden uns in den nächsten Tagen bei Ihnen. Falls Sie innerhalb einer Woche von uns keine Rückmeldung erhalten, melden Sie sich bitte bei uns.*

**Wiesbadener Psychotherapiezentrum (WIAP), Ambulanzleitung, Luisenstraße 28, 65185 Wiesbaden**