

Eingangsdatum:

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): _____

Wiesbadener Akademie für Psychotherapie GmbH
Vom Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Von der Landesärztekammer Hessen ernächtigte Weiterbildungsgemeinschaft für Psychotherapie
Schwerpunkt: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, KV-Abrechnungsnummer der Institutsambulanz: 4574001
Geschäftsführender Institutsleiter: Dr. med. habil. Hamid Peseschkian, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Eingetragen beim AG Wiesbaden HRB 11932 * Ust-Id-Nr.: DE 113821300 * Finanzamt Wiesbaden
Bankverbindung: Nassauische Sparkasse Wiesbaden, IBAN: DE53 5105 0015 0111 1657 77, SWIFT-BIC: NASSDE55XXX

Stand 16.02.2018

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: _____

Nehmen Sie **zurzeit** Suchtmittel? (wie Alkohol, Tabak, Cannabis, Amphetamine, Drogen oder Beruhigungsmittel)

nein

ja, welche Mittel: _____

Wie oft? täglich, mehrmals pro Woche, mehrmals pro Monat, seltener (*bitte ankreuzen*)

Seit wie vielen Monaten oder Jahren? _____

Welche Menge pro Tag (Flaschen, Packungen, Gramm ...)? _____

Haben Sie **früher** im Leben regelmäßig Suchtmittel genommen?

nein ja, welche Mittel: _____

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?

nein

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 Psychotherapie? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

Ich möchte meine jetzigen Beschwerden durch das Betrachten und Bearbeiten meiner Lebensgeschichte und belastender Ereignisse aufarbeiten und den Hintergrund meiner heutigen Beschwerden/Probleme verstehen (Beziehungsmuster erkennen und verändern).

Ich möchte meine jetzigen Beschwerden vorrangig durch konkrete Tipps, Techniken und Anleitungen verbessern/auflösen (Psychoedukation und Verhaltensänderung) und nicht durch eine Bearbeitung meiner Lebensgeschichte.

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