

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/Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Mobilfunknummer

Festnetznummer

Dürfen Nachrichten auf dem Anrufbeantworter des Festnetzes hinterlassen werden? Ja Nein

Zu welchen Uhrzeiten sind 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

Name des Arztes

Empfehlung durch einen anderen Therapeuten

Internet

Freunde/Bekannte

Sonstiges

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Haben Sie eine Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen? Ja Nein

Wenn ja, welche Ausbildung oder Studium?

Leben Sie alleine? 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 zur Zeit 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 welchem Lebensbereich 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 Vorfunde? Ja Nein

Nein

Haben Sie zurzeit körperliche Erkrankungen?

Ja Beschreibung Seit wann?

Nein

Wird diese Krankheit behandelt?

Ja Durch wen?

Nein

Nehmen Sie hierfür regelmäßig Medikamente ein?

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 selten

Seit wie vielen Monaten oder Jahren nehmen Sie die Medikamente?

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

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

Ja Welche

Nein

Angaben zur Krankheitsgeschichte

Hatten Sie in der Vergangenheit eine ambulante Psychotherapie? Ja Nein

Falls ja, welche Therapieform? Verhaltenstherapie Tiefenpsychologische Therapie

Psychoanalytische Therapie Sonstige Welche

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

Von 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

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

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 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