

EINGANGSDATUM / WIAP

ANMELDEBOGEN FÜR EIN VORGESPRÄCH

Für Personen ab 18 Jahren

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor Sie diesen Anmeldebogen ausfüllen, möchten wir Sie auf folgende Änderung im Wiesbadener Psychotherapie-Zentrum hinweisen:

Leider können wir seit Januar 2023 **keine Psychotherapien für neue Patienten** mehr anbieten! Sie können sich aber bei uns für ein Vorgespräch ("psychotherapeutische Sprechstunde") mit diesem Anmeldebogen anmelden und mit einer sehr erfahrenen Fachperson ihre Situation in 1-2 Sitzungen besprechen. Nach dem Vorgespräch erhalten Sie nähere Informationen und Adressen, wohin Sie sich gegebenenfalls wenden können. **Falls Sie bereits ein solches Vorgespräch bei einem anderen Therapeuten hatten, können Sie sich bei uns leider nicht für eine weitere psychotherapeutische Sprechstunde anmelden.**

Wenn Sie sich für ein Vorgespräch anmelden möchten, schicken Sie uns bitte den ausgefüllten Anmeldebogen per E-Mail an therapiezentrum@wiap.de oder per Post an unsere oben genannten Adresse zu. Gerne können Sie den Bogen auch von Montag bis Freitag von 9:00 – 17:00 Uhr persönlich bei uns abgeben. Bitte beachten Sie, dass wir nur Patienten mit einer **gesetzlichen Krankenversicherung** einen Termin anbieten können.

In einigen Fällen können unsere erfahrenen Ambulanzleiter*innen schon anhand der im Anmeldebogen gemachten Angaben eine Empfehlung aussprechen, sodass ein Vorgespräch bei uns gar nicht notwendig ist. Diese Empfehlung erhalten Sie dann schriftlich per Post.

Sofern Sie innerhalb von 2 Wochen von uns keine Rückmeldung erhalten, können Sie gerne unter 0611-45034-10 nachfragen.

Ihr Wiesbadener Psychotherapie-Zentrum (WIAP)

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

ANGABEN ZU IHRER PERSON

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> divers		
Vorname			Festnetznummer	Mobilfunknummer
Name			Dürfen Nachrichten auf Anrufbeantworter/Mailbox hinterlassen werden? Ja Nein	
Straße, Nr.			Geburtsstag	Alter
PLZ und Wohnort			Geburtsort/-land:	

Name Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung:

Deutschkenntnisse: Muttersprache fließend gut Grundkenntnisse

Familienstand:	ledig	verheiratet	getrennt	geschieden	verwitwet	in einer Beziehung
Haben Sie Kinder?	Ja	Wenn ja, wie alt				Nein
Wohnsituation:	Ich lebe alleine					
	Ich lebe mit jemanden zusammen <i>(WG, Partner, Kinder, betreutes Wohnen, Mutter-Kind-Haus...)</i>					
Aktueller Beruf						
Erlerner Beruf					Ich arbeite in <u>Vollzeit</u> , mit	Stunden pro Woche
Höchster Bildungsabschluss					Ich arbeite in <u>Teilzeit</u> , mit	Stunden pro Woche
Student – Studienfach					Ich bin arbeitslos seit	
Auszubildender im Bereich						
Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?	Ja	Nein	Wenn ja, seit	Grund		
Waren Sie im vergangenen Jahr mehr als eine Woche krankgeschrieben?			Tage	Grund		
Sind Sie berentet?	Ja	Nein	Wenn ja, seit?	Grund		
Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?	Ja	Nein	Wenn ja, wurde er bewilligt?	Ja	Nein	
Haben Sie eine Schwerbehinderung?	Ja	Nein	Wenn ja, mit	%GdB		
Art der Behinderung:						
Hausarzt (Vor-und Nachname):					Ort	
Ist eine Überweisung vorhanden?	Ja, mit der Diagnose				Nein	

ANGABEN ZU IHREN 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 sich diese?

Die Beschwerden bestehen seit wann?

Hatten Sie die gleichen Beschwerden bereits zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Zusammenhang?

Waren Sie wegen der Beschwerden bereits in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt/Therapeut (Name, Ort)

Haben Sie eine Vermutung woher die Beschwerden kommen/ was sie ausgelöst hat? Gab es ein auslösendes Ereignis? Ja Nein

Wenn ja, welches?

Zeigen Sie eine der folgenden Verhaltensweisen (Mehrfachangaben möglich)?

absichtliches Erbrechen	riskantes Verhalten, z.B. beim Autofahren	Gewalt gegen Andere
längeres Fasten	aggressive Ausbrüche	
Essanfälle	selbstverletzendes Verhalten	

Haben Sie eine körperliche Einschränkung: Ja, folgende: Nein

Ihre Körpergröße: cm Ihr Gewicht: kg

Nehmen Sie zurzeit Suchtmittel (Alkohol, Tabak, Cannabis, Amphetamine, Beruhigungsmittel...)? Ja Nein

Wenn ja, welche und wie oft (mehrmals täglich, täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche/Monat...)?

Substanz Menge wie oft

Haben Sie früher im Leben regelmäßig Suchtmittel genommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Über welchen Zeitraum? Von bis

ANGABEN ZU IHRER KRANKENGESCHICHTE

Hatten Sie während der letzten 6 Monate bereits wegen Ihrer aktuellen Beschwerden ein Vorgespräch ("Psychotherapeutische Sprechstunde") bei einem Psychotherapeuten? Ja Nein

Falls "Ja", bitte geben Sie eine Kopie des erhaltenen Formulars (PTV 11) zusammen mit dem Anmeldebogen bei uns ab.

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine ambulante Psychotherapie? Ja Nein

Wenn ja, wann? Anfangsdatum: Enddatum:

Bei welchem Therapeuten? (Name und Ort)

Wenn ja, welche Therapieform?

Verhaltenstherapie Tiefenpsychologische Therapie Psychoanalytische Therapie nicht bekannt

sonstige Therapieform

Wenn ja, wie viele Therapiestunden haben stattgefunden?

Hat die Therapie geholfen? Ja Nein

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

Ja Wenn ja, wo: Nein

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Psychopharmaka ein oder haben früher einmal Psychopharmaka eingenommen? Ja Nein

Medikament Zeitraum

Durch welchen Arzt wurden die Medikamente verordnet? (Name und Ort)

Gab es früher bereits stationäre oder teilstationäre Behandlungen in einer Psychiatrie, psychosomatischen Klinik oder psychosomatischen Rehaklinik? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Zeitraum

Diagnose

Ist zurzeit eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in einer Klinik geplant oder beantragt?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

Zeitraum

ANGABEN ZU IHRER GEPLANTEN PSYCHOTHERAPIE

Was soll sich durch Therapie verändern/verbessern?

Was erwarten Sie von einer Psychotherapie? (Bitte entscheiden Sie sich für eine Antwort)

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.

Vielen Dank für Ihre Angaben.