

# WIESBADENER PSYCHOTHERAPIE-ZENTRUM (WIAP)

Institutsambulanz der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie

Luisenstraße 28 ♦ 65185 Wiesbaden-Mitte ♦ Tel.: 0611-45034-10 ♦ Fax: 0611-45034-24 ♦ therapiezentrum@wiap.de

EINGANGSDATUM

## ANMELDEBOGEN FÜR PERSONEN AB 18 JAHREN

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Folgenden bitten wir Sie, Fragen über Ihre Person, Ihre derzeitigen Beschwerden, bisherige Behandlungen und frühere Krankheiten zu beantworten. Dieser Anmeldebogen hilft uns, Sie und Ihre Situation besser zu verstehen. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne unter 0611-4503410 an unsere Mitarbeiter. Wir bitten Sie, uns den ausgefüllten Bogen entweder per E-Mail an **therapiezentrum@wiap.de** oder per Post an unsere oben genannte 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.

Im Regelfall melden wir uns innerhalb von 1-2 Wochen nach Abgabe des Anmeldebogens bei Ihnen. Sie werden dann entweder zu einem Vorgespräch eingeladen oder erhalten eine schriftliche Empfehlung. In diesem Vorgespräch mit einem Facharzt oder einem Fachpsychotherapeuten soll konkret geklärt werden, ob die an der WIAP durchgeführte Behandlungsform für Sie und Ihre spezielle Problematik die richtige ist, oder ob eine andere Behandlung sinnvoll und notwendig erscheint. Wir bieten derzeit nur Psychotherapie in deutscher Sprache an.

Melden Sie sich bitte bei uns, wenn Sie wider Erwarten innerhalb von zwei Wochen keine Rückmeldung zu Ihrer Anmeldung von uns erhalten haben.

Mit freundlichen Grüßen

Wiesbadener Psychotherapie-Zentrum (WIAP)

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

### ANGABEN ZU IHRER PERSON

Frau  Herr  divers

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Alter

Festnetznummer

Mobilfunknummer

Dürfen Nachrichten auf Anrufbeantworter/ Mailbox hinterlassen werden?  Ja  Nein

Uhrzeiten, zu denen Sie am besten erreichbar sind

Geburtsort/-land:

Name Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung:

Deutschkenntnisse:

Muttersprache  fließend  gut  Grundkenntnisse

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet  in einer Beziehung

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein | Wenn ja, wie alt?

Wohnsituation:  ich lebe alleine  
 ich lebe mit jemandem zusammen

(WG, Partner, Kinder, betreutes Wohnen, Mutter-Kind-Haus...)

Aktueller Beruf

Ich arbeite in Vollzeit, mit  Stunden pro Woche

Erlerner Beruf

Ich arbeite in Teilzeit, mit  Stunden pro Woche

Höchster Bildungsabschluss

Ich arbeite in Schichtarbeit

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 Renten-Antrag 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

Wie sind Sie auf die WIAP aufmerksam geworden?

Hausarzt Name  Ort

Facharzt Name  Ort

Psychotherapeut Name  Ort

Klinik/Institutsambulanz  Freunde/Bekannte  Internet  Sonstiges

## 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)?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> absichtliches Erbrechen | <input type="checkbox"/> riskantes Verhalten, z.B. beim Autofahren | <input type="checkbox"/> Gewalt gegen Andere |
| <input type="checkbox"/> längeres Fasten         | <input type="checkbox"/> aggressive Ausbrüche                      |  |
| <input type="checkbox"/> Essanfälle              | <input type="checkbox"/> selbstverletzendes Verhalten              |  |

Haben Sie eine körperliche Einschränkung:

- Ja, folgende:  Nein

Ihre Körpergröße:

 cm

Ihr Gewicht:

 kg

Haben Sie zurzeit körperliche Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

	seit	
	seit	
	seit	

Werden die Erkrankungen regelmäßig behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt (Name, Ort)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Medikament	<input type="text"/>	Dosierung	<input type="text"/>	[mg]	seit	<input type="text"/>
Medikament	<input type="text"/>	Dosierung	<input type="text"/>	[mg]	seit	<input type="text"/>
Medikament	<input type="text"/>	Dosierung	<input type="text"/>	[mg]	seit	<input type="text"/>

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

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	<input type="text"/>	Menge	<input type="text"/>	wie oft	<input type="text"/>
Substanz	<input type="text"/>	Menge	<input type="text"/>	wie oft	<input type="text"/>
Substanz	<input type="text"/>	Menge	<input type="text"/>	wie oft	<input type="text"/>

Haben Sie früher im Leben regelmäßig Suchtmittel genommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Über welchen Zeitraum?

Von

bis

Nutzen Sie in Ihrer Freizeit in großem Maße bestimmte Medien (Internet, Handy, Streaming, Fernsehen, Social Media...)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Medium	<input type="text"/>	Stunden pro Tag	<input type="text"/>
Medium	<input type="text"/>	Stunden pro Tag	<input type="text"/>
Medium	<input type="text"/>	Stunden pro Tag	<input type="text"/>

Sind Sie vorbestraft?  Ja  Nein

Haben Sie eine gerichtliche Auflage zur Therapie?  Ja  Nein

## ANGABEN ZU IHRER KRANKENGESCHICHTE

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  Nein Wenn ja, wo?

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

Medikament

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Zeitraum

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Medikament

Zeitraum

Medikament

Zeitraum

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

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

Wenn ja, wo?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Zeitraum

Zeitraum

Zeitraum

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Diagnose

Diagnose

Diagnose

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

Wenn ja, wo?

Zeitraum

**Wichtig: Bitte geben Sie sämtliche Vorbefunde, Entlassungsbriefe etc. von Klinikaufenthalten der letzten 5 Jahre mit diesem Fragebogen ab, damit wir Ihre Anmeldung bearbeiten können**

## ANGABEN ZU IHRER GEPLANTEN PSYCHOTHERAPIE BEI UNS

Was soll sich durch die 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.

Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden jede Woche zu einer festen Uhrzeit statt. Zu welchen Zeiten könnten Sie für eine regelmäßige Therapie zu uns kommen? (Bitte tragen Sie passende Uhrzeiten ein)

Montag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dienstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mittwoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Donnerstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freitag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich kann im Moment noch keine festen Angaben machen (aufgrund von fehlenden Arbeits- oder Stundenplänen), melde mich aber soweit ich die Informationen erhalte.

*Vielen Dank für Ihre Angaben.*