

Patientenaufnahme Erwachsene

Herzlich willkommen am DGVT Ausbildungszentrum! Bitte nehmen Sie sich Zeit, um den nachfolgenden Aufnahmebogen **vollständig** auszufüllen. Wir schätzen anschließend anhand Ihrer Angaben ein, ob Ihr Anliegen bei uns angemessen behandelt werden kann. Sobald Sie uns den Fragebogen zugeschickt haben, nehmen wir Sie gerne auf unsere Warteliste für einen Therapieplatz auf. Lediglich bei Unklarheiten oder Rückfragen melden wir uns nochmals telefonisch bei Ihnen. Auf unserer Homepage können Sie sich darüber informieren, mit welchen Wartezeiten Sie aktuell rechnen müssen. Sobald ein Platz für Sie zur Verfügung steht, erhalten Sie telefonisch einen Termin für ein Erstgespräch. Sollte es nach diesem Gespräch bereits eine Passung zwischen Ihnen und dem/der PsychotherapeutIn geben, können i.d.R. direkt nahtlos weitere Termine vereinbart werden.

Datum: _____

Anmeldung für einen Therapieplatz in der Ambulanz: Augsburg Bad Tölz München

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ und Ort: _____

Festnetz: _____ Mobilfunknummer: _____

Besprechen von Anrufbeantworter/Mailbox erlaubt? Nein Ja nicht vorhanden
Gesetzliche Krankenkasse: _____

Gesetzlicher BetreuerIn vorhanden? Nein Ja

Vorstellungsgrund/ Beschwerden:

Hatten oder haben Sie Suizidgedanken? Nein Ja

Wann zuletzt: _____

Sind Sie sich aktuell ganz sicher, dass Sie sich **nichts** antun würden? Nein Ja

Gibt es selbstverletzendes Verhalten? Nein Ja

Welcher Art: _____

Gibt/ gab es Psychosen/manische Phasen? Nein Ja

Wann zuletzt: _____

Gibt es eine/n PsychiaterIn oder alternativ einen Arzt/ eine Ärztin Ihres Vertrauens?

Nein Ja

Name: _____

Nehmen Sie aktuell Psychopharmaka ein? Nein Ja

Name, Dosierung: _____

Liegt ein Missbrauch von Alkohol oder eine Alkoholsucht vor? Nein Ja

Menge, Häufigkeit des Konsums: _____

Konsumieren Sie illegale Drogen? Nein Ja

Art, Menge, Häufigkeit des Konsums: _____

Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine ambulante Psychotherapie durchgeführt?

Nein Ja

Art (Verhaltenstherapie/Psychoanalyse/Tiefenpsychologisch/Systemisch), Dauer, Anzahl der

Sitzungen: _____

Gab es innerhalb der letzten 2 Jahren stationäre Behandlungen aufgrund von psychischen Belastungen?

Nein Ja

Einrichtung, Dauer: _____

Zu welchen Zeiten ist es Ihnen auf längere Sicht möglich, einen festen Termin wahrzunehmen (i.d.R. ein Termin pro Woche über einen Zeitraum von 6-18 Monaten)?

Wochentage und Uhrzeiten: _____

Bitte männlicher Therapeut weibliche Therapeutin egal

Gerne können Sie Vorbefunde von ÄrztInnen Dokumente aus Klinikaufenthalten direkt mitschicken oder dann zum Erstgespräch mitbringen.
Die ersten zwei Seiten dieses Bogens und weitere Unterlagen senden Sie bitte an:

**dgvt-AusbildungsAkademie
Candidplatz 9
81543 München**

oder per Fax:

089 - 444889599