

Patientenaufnahme Erwachsene

Herzlich willkommen am DGVT München ABZ!

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. Gerne nehmen wir Sie auf unserer 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 Psychotherapeut/in geben, können i.d.R. direkt nahtlos weitere Termine vereinbart werden.

Gerne können Sie Dokumente von ÄrztInnen oder aus Klinikaufenthalten direkt mitschicken oder zum Erstgespräch mitbringen.

Diesen Bogen und weitere Unterlagen senden Sie bitte an:

DGVT München ABZ GmbH & Co. KG
Candidplatz 9 ♦ 81543 München

oder per Fax unter: 089 - 444 88 95 99

Datum:	_____
Anmeldung für einen Therapieplatz in der Ambulanz:	<input type="checkbox"/> München <input type="checkbox"/> Augsburg
Name:	_____
Vorname:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
PLZ und Ort:	_____
Festnetz:	_____
Mobilfunknummer:	_____
Besprechen von Anrufbeantworter/Mailbox erlaubt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Gesetzliche Krankenkasse:	_____
Gesetzliche/r BetreuerIn vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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