

Bitte nehmen Sie sich Zeit, um den nachfolgenden Aufnahmebogen **vollständig und leserlich** 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.

bitte per Post an  
**DGVT München ABZ**  
**Candidplatz 9**  
**81543 München**

oder per Fax unter  
**089 – 444 88 95 99**

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

**Anmeldung für einen Therapieplatz in der Ambulanz München am:** \_\_\_\_\_ (Datum)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich  divers      Geburtsdatum \_\_\_\_\_

 **Adresse**

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

 **Telefonnummern**

Mobil \_\_\_\_\_

ggf. Festnetz \_\_\_\_\_

Ist das Besprechen von Anrufbeantworter/Mailbox erwünscht?  Nein  Ja  nicht vorhanden

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer vorhanden?  Nein  Ja

**Vorstellungsgrund/ Beschwerden:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab oder gibt es **Suizidgedanken**?  Nein  Ja, zuletzt \_\_\_\_\_ (Wann?)

Gab es bereits einen **Suizidversuch**?  Nein  Ja, am/vor \_\_\_\_\_ (Wann?)

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

Gibt es **selbstverletzendes Verhalten**?  Nein  Ja

Wenn ja, welcher Art \_\_\_\_\_

Gab es **Psychosen/Manische Phasen**?  Nein  Ja

Wenn ja, wann Zuletzt \_\_\_\_\_

Gibt es eine/n **Arzt/Ärztin Ihres Vertrauens**?  Nein  Ja

Wenn ja, Name \_\_\_\_\_

Werden **Medikamente** eingenommen?  Nein  Ja

Wenn ja, Name, Dosierung \_\_\_\_\_

Gibt es Konsum von **Alkohol**?  Nein  Ja

Wenn ja, Menge und Häufigkeit des Konsums \_\_\_\_\_

Gibt es Konsum von **illegalen Drogen**?  Nein  Ja

Wenn ja, Art, Menge und Häufigkeit des Konsums \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welche Fachrichtung  Verhaltenstherapie  Psychoanalyse  tiefenpsychologisch  systemisch

Dauer und Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

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

Nein  Ja, in \_\_\_\_\_ (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 Monate)

Wochentage und Uhrzeiten \_\_\_\_\_

männlicher Therapeut

weibliche Therapeutin

keine Präferenz