

## Erstauskunftsbogen

### Angaben zur Person:

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein.

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Wann sind Sie telefonisch  
am besten erreichbar? \_\_\_\_\_

Darf ich mich mit Namen  
melden? \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift der KK: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift des Hausarzts:

---

---

**Familienstand:**

- ledig                       verheiratet                       keine feste Partnerbeziehung
- geschieden               alleinerziehend                       feste Partnerbeziehung
- unverheiratet mit Partner / in zusammenlebend     verwitwet

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer aktuellen Partnerschaft?

- sehr zufrieden     zufrieden     mittelmäßig     wenig zufrieden     unzufrieden

Haben Sie Kinder?                       nein     ja, wie viele? \_\_\_\_ Wie alt? \_\_\_\_\_

**Ausbildung:**

- kein Schulabschluss                       Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss                       Fachabitur
- Abitur                       abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium
- erlernter Beruf: \_\_\_\_\_
- derzeitig ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

**Demographische Angaben:**

Wie groß sind sie aktuell? \_\_\_\_cm Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_kg

Haben Sie Geschwister?     nein                       ja, wie viele? \_\_\_\_\_ wie alt? \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Alter der Mutter: \_\_\_\_\_ Alter des Vaters: \_\_\_\_\_

Aktuell wohnen Sie:

alleine             bei den Eltern             mit Partner/Ehe     in WG

mit Partner/Ehe und Kindern             sonstiges: \_\_\_\_\_

**Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?**     nein     ja

Wenn ja: Seit wann sind Sie krankgeschrieben?    \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Besteht eine Berentung?     nein     ja; seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Besteht ein Antrag auf Rente bzw. Erwerbsminderung?  nein     ja

Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer Gesundheit?  nein  ja

Wenn ja: Welcher Art sind diese Gesundheitsprobleme? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese Probleme?            \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente ein?

Name	Dosierung	Indikation	ärztlich verordnet
------	-----------	------------	--------------------

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-------	-------	-------	---

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-------	-------	-------	---

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-------	-------	-------	---

Bitte schildern Sie in Stichworten den aktuellen Anlass der Kontaktaufnahme:

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen diese Probleme? \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Waren Sie deswegen schon in medizinischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung?**

Wo? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch Ihr Problem belastet?

sehr stark    stark    mittelmäßig    wenig    gar nicht

In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt?

Partnerschaft/Familie                       Ausbildung/Beruf

Freizeit     Finanzen

Körperliche Gesundheit                       Soziale Kontakte

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte, wann Ihre Beschwerden erstmals auftraten und wie sie sich entwickelt haben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es seit Beginn der Problematik Zeiten, in denen Ihre Beschwerden nicht oder nur selten auftraten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?       nein    ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?                       nein    ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen?       nein    ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Welche Erklärung haben Sie für Ihre Beschwerden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schreiben Sie bitte so konkret wie möglich auf, was Sie in der Therapie erreichen möchten? Welche Ziele haben Sie?

---

---

---

Bitte schätzen Sie die Stärke Ihres Behandlungswunsches ein:

sehr stark    stark    mittelmäßig    wenig    gar nicht

Schreiben Sie Ihre 3 größten Wünsche auf:

- 1.
- 2.
- 3.

Im Folgenden ist Platz für Anmerkungen oder Fragen, die im Erstgespräch geklärt werden sollen

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Catherine Kornmann