

Françoise Thierfelder
Fachärztin für Kinder- & Jugendpsychiatrie & -psychotherapie

Dorotheenstr.137 D-22299 Hamburg Tel 040-636 755 88 Fax 040-636 755 89 www.kjp-kunst.net office@kjp-kunst.de

Anmeldung Erwachsene

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Telefon privat	Mobil Tel	ggf Telefon beruflich
----------------	-----------	-----------------------

Ihre Adresse Strasse, HausNr., PLZ Ort	Email
--	-------

Geschlecht weiblich männlich divers

Krankenkasse

Name Ihres Hausarztes/ärztin	PsychiaterIn	NeurologIn
------------------------------	--------------	------------

Höchster (Fach-/Hochschul-/Schul-)Abschluss/Ausbildung	Derzeit ausgeübte (berufl.) Tätigkeit
--	---------------------------------------

Kontaktperson/en für Notfälle: Name, Vorname	Tel. für Notfälle
--	-------------------

Hier finden Sie einen Fragebogen, der in den unten genannten Fragen auch das Atmosphärische zu erfassen versucht.

Zunächst zum Überblick:

1. Bitte beschreiben Sie (ggf Rückseite benutzen) Ihre aktuell bestehenden Beschwerden, Bedenken, Schwierigkeiten, Symptome und

- Wie lange bestehen diese Beschwerden schon?
- Wie werden Sie dadurch in Ihrem Alltag eingeschränkt?
- Was haben Sie bisher dafür unternommen?
- Was soll sich ändern? Wie sieht der veränderte Zustand aus?

2. Welche Gründe veranlassten Sie jetzt vorstellig zu werden? Gibt es einen **Auslöser?**

3. Haben Sie **körperliche Erkrankungen oder Vorerkrankungen?**

nein ja, wenn ja, welche:

4. Hatten Sie früher schon einmal eine Psychotherapie(n), Klinikaufenthalte, Psychiatrische Behandlungen?

nein ja, wenn ja, Name der PsychotherapeutIn/Klinik:

Therapie ambulant/stationär letztmalig am: _____ wegen/Diagnose(n): _____

Wurde früher schon einmal ein psychiatrische Diagnose gestellt?

nein ja, wenn ja, welche:

5. Bei Essstörungen: Ihr aktuelles Körpergewicht ca.....kg; Ihre Körpergröße ca.....cm; BMI:.....

Bei Gewichtsabnahme: ich habe.....kg über(Anzahl) Monate abgenommen.

Ich erbreche nein ja, wenn ja, wie häufig:

6. Haben Sie Allergien?

nein ja, wenn ja, welche:

7. Nehmen Sie aktuell Medikamente (auch `Pille`, Pflanzliche und nicht-verschreibungspflichtige Präparate) und **seit wann?**

nein ja, wenn ja, welche und in welcher Dosierung:

8. Gibt es Nebenwirkungen bei aktueller Mediaktion oder bekannte Unverträglichkeiten früher eingenommener Medikamente?

nein ja, wenn ja, welche Nebenwirkungen, bitte beschreiben, was bei welchem Medikament auftritt:

9. Trinken Sie Alkohol?

nein ja, wenn ja, was und wieviel täglich oder in welcher Regelmäßigkeit:

10. Konsumieren Sie regelmäßig andere Substanzen (zB. Cannabis oder andere Drogen)?

nein Angabe sollte Thema des persönlichen Gesprächs sein

ja, wenn ja, welche:

11. Gibt es körperliche (zB chronische, neurologische) **Erkrankungen** in Ihrer Familie?

nein ja, wenn ja, welche und bei wem:

12. Gibt es psychische Erkrankungen, Sucht, Traumata, Suizidversuche in Ihrer Familie und wenn ja bei wem?

nein ich vermute (´Familiengeheimnisse´)

ja, wenn ja, welche und bei wem:

13. Beschreiben Sie kurz die wichtigsten Beziehungen, die Sie prägten und prägen bzw beeinflussen, zB zu Mutter, Vater, ggf. Geschwister, Großeltern, westenliche Freund*innen:

13. Gibt es einschneidende, Ihnen wichtige Ereignisse oder Probleme,
die bisher noch nicht erfragt wurden und wenn ja, schildern Sie diese kurz:

Datum: _____

Ihre Unterschrift: