

	A	B
Familienname		
Vorname		
Telefonnummer		
Adresse, Ort		
E-Mail-Adresse		
Beruf		
Geburtsdatum		
Familienstand	☐ in einer Partnerschaft lebend ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend	☐ in einer Partnerschaft lebend ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend
Anzahl gem. Kinder + Alter		
Anzahl Kinder aus früheren Beziehungen + Alter		
Liegen aktuell eine diagnostizierte psychische Erkrankung vor?	☐ Nein ☐ Ja, welche:	☐ Nein ☐ Ja, welche:
Nehmen Sie derzeit Medikamente?	☐ Nein ☐ Ja, welche / Dosierung: ☐ seit wann	☐ Nein ☐ Ja, welche / Dosierung: ☐ seit wann
Sind Sie aktuell bei einem Psychiater / Psychologe / Psychotherapeut in Behandlung	☐ Nein ☐ Ja, Name des Arztes	☐ Nein ☐ Ja, Name des Arztes
Haben Sie in der Vergangenheit Psychopharmaka verschrieben bekommen	☐ Nein ☐ Ja, welche / Dosierung: ☐ Wie lange ist das her?	☐ Nein ☐ Ja, welche / Dosierung: ☐ Wie lange ist das her?
Haben sie die Medikamente selbst abgesetzt oder unter ärztl. Aufsicht?	☐ selbst ☐ unter ärztlicher Aufsicht	☐ selbst ☐ unter ärztlicher Aufsicht

Wir ersuche Sie, die Angaben wahrheitsgetreu auszufüllen – diese sind für unsere vertrauensvolle Zusammenarbeit wichtig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt!