

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

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