

Anmeldung Warteliste Psychotherapie / Erwachsene Datum:.....

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Anmeldung zur psychotherapeutischen Behandlung im MVZ Mittweida entschieden haben. Um die Terminvergabe zu optimieren, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Deshalb möchten wir Sie höflichst bitten, die folgenden Informationen zu vervollständigen.

Persönliche Angaben

Geschlecht: weiblich männlich

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Familienstand:..... Kinderzahl:.....

PLZ, Ort:..... Straße:.....

Telefon privat:..... Telefon dienstl./ Handy:.....

E-Mail:..... Krankenkasse:.....

Erlerner Beruf:..... aktuelle Tätigkeit:.....

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ja, seit.....

Angaben zu Ihren Beschwerden

Bitte schildern Sie in Stichworten die Probleme oder Beschwerden, wegen denen ein Behandlungswunsch besteht?

.....
.....
.....

Seit wann bestehen diese Beschwerden / Probleme ungefähr und gibt es einen mutmaßlichen Auslöser?

.....
.....

Wie oft treten diese Beschwerden auf, wie stark sind sie, wie lange halten sie an?

.....
.....

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

- Partnerschaft/Familie Freizeit Körperliche Gesundheit
 Schule/Ausbildung/Beruf Finanzen Soziale Kontakte

Sonstiges:.....

Welche Behandlungen wurden deswegen bereits durchgeführt?

(Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum angeben)

.....
.....

Zur Zeit eingenommene Medikamente:

.....
.....

Welche Ziele will ich erreichen?

.....
.....

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

.....
.....

M.I.N.I PATIENTEN BEURTEILUNGSBOGEN

Litten Sie im letzten Monat unter:

- 1. Depression NEIN JA
- 2. Traurigkeit NEIN JA
- 3. Gefühlen, unglücklich zu sein..... NEIN JA
- 4. Interessensverlust oder Freudlosigkeit..... NEIN JA
- 5. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit NEIN JA
- 6. Selbstmordgedanken oder Todeswünschen NEIN JA
- 7. gehobener Stimmung oder ungewöhnlicher Energie..... NEIN JA
- 8. ständiger Gereiztheit NEIN JA
- 9. Schmerzen, welche die Lebensqualität stark einschränken..... NEIN JA
- 10. Panikattacken NEIN JA
- 11. unberechenbaren Ängsten NEIN JA
- 12. Furcht vor Menschenmengen, vor Reisen oder
alleine von zu Hause abwesend zu sein..... NEIN JA
- 13. Furcht, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen..... NEIN JA
- 14. Furcht vor bestimmten Situationen, Orten oder Dingen..... NEIN JA
- 15. Wiederholten zwanghaften Handlungsimpulsen oder Gedanken..... NEIN JA
- 16. Übertriebenen Befürchtungen (Sorgen) NEIN JA
- 17. Hören von Stimmen, ohne dass jemand um Sie war..... NEIN JA
- 18. der Überzeugung, dass andere sich gegen Sie verschworen haben NEIN JA
- 19. der Furcht, an Gewicht zuzunehmen oder dick zu werden NEIN JA
- 20. "Fressanfällen" NEIN JA
- 21. Wiedererleben eines schlimmen/schrecklichen Ereignisses NEIN JA

Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie...

- 22. mehr als 3 alkoholische Getränke innerhalb von 3 Stunden zu sich nehmen?.. NEIN JA
- 23. Schwierigkeiten im Umgang mit Drogen/Medikamenten hatten? NEIN JA
- 24. sich nicht schuldig fühlten, nachdem Sie etwas falsch gemacht hatten?..... NEIN JA
- 25. verantwortungslos waren? NEIN JA
- 26. Wie oft suchten Sie im letzten Jahr einen Arzt auf? _____

Organisatorische Angaben zur Terminvergabe

An welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit können Sie in der Regel Termine wahrnehmen?

Tag:	Uhrzeit: