

## **Praxis für Hypnose-und Psychotherapie**

-Heilpraktikerin für Psychotherapie-

Manuela Andrä

Krumme Str. 26 31655 Stadthagen

Tel.: 05721/9333992 Fax 05721/9333975

Mobil: 01605574404 **Sie erreichen mich telefonisch Mo- Fr 7-8 Uhr und 12-13 Uhr**

E-Mail: [info@hypnosetherapie-andrae.de](mailto:info@hypnosetherapie-andrae.de) Web: [www.hypnosetherapie-andrae.de](http://www.hypnosetherapie-andrae.de)

## **Eingangsfragebogen**

Dieser Fragebogen enthält Fragen zu Ihrer Person, Ihrer Lebenssituation, Ihrer Gesundheit, und zu den Bereichen, die Sie veranlasst haben, sich an mich zu wenden.

Das Ausfüllen des Patientenfragebogens ist notwendig, um mich auf Ihren ersten Termin vorzubereiten. Aus dem Fragebogen könnten sich möglicherweise notwendige Untersuchungen ergeben, die ich gerne im Vorfeld mit Ihnen planen würde.

Somit kann die Sprechzeit für Sie effektiv genutzt werden.

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin zusätzlich ärztliche Befunde und Untersuchungsergebnisse mit.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich von mir streng vertraulich behandelt.

**Der Eingangsfragebogen ersetzt nicht die ausführliche Anamneseerhebung!**

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit.

### **1. Angaben zu Ihrer Person**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Anschrift:

Telefon Privat:

Dienstl:

Mobil:

Fax:

E-Mail:

Unter welcher der o.g. Nummern könnte ich Ihnen eine Nachricht hinterlassen?

## **2. Aktuelle Lebenssituation**

**Familienstand:** ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet?

**Anzahl, Geschlecht & Alter Ihrer Kinder:**

**Wohnsituation:** allein, mit Partner oder Familie, in therapeutischer Wohngemeinschaft?

Empfinden Sie Ihre **Partnerschaft** und Ihr **Sexualleben** erfüllend ?

Spielen **Religion oder Spiritualität** eine Rolle in Ihrem Leben?

**3. Berufliche Situation:** erlernter und aktueller, überwiegend ausgeübter Beruf

Arbeitsunfähig seit:

Arbeitslos seit:

Wurde ein Antrag auf Rente gestellt?

Berentet seit:

**Gesetzliche Krankenversicherung**

**Zusatzversicherungen**

Haben Sie Zusatzversicherungen für Leistungen im Heilpraktikerbereich?

**4. Angaben zu Ihrer Gesundheit**

Bestehen bei Ihnen **körperliche Vorerkrankungen, Beeinträchtigungen oder Behinderungen? Wenn ja, welche und seit wann?**

Sind bei Ihnen **Allergien oder Unverträglichkeiten** z. B. gegen bestimmte Nahrungsmittel, Inhaltsstoffe oder Arzneimittel bekannt?

**Wenn ja**, welche: gesichert / festgestellt durch:

Haben Sie **Schlafprobleme**? Wenn ja, beschreiben Sie diese näher.

**Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?** Nennen Sie Ihre **Körpergröße** und Ihr **Gewicht**.

### **Umgang mit Suchtmitteln**

Rauchen Sie? Was und wieviel rauchen Sie?

Sind Sie motiviert, damit aufzuhören?

Trinken Sie Alkohol? Was, wieviel und wie oft?

Nehmen Sie Drogen oder haben in der Vergangenheit Drogen eingenommen?

Was, wieviel und wie oft?

**Selbstverletzendes Verhalten:** Verletzen Sie sich selbst?

Wenn ja, beschreiben Sie, auf welche Art und wie oft Sie dies tun.

### **Suizidversuche**

Gab es Suizidversuche in Ihrer Vergangenheit?

Waren Sie schon einmal in **psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung**?  
Wenn ja, bei wem, wie lange und aus welchem Grund?  
Wurde die Therapie ambulant oder stationär durchgeführt?

Nehmen Sie derzeit irgendwelche **Medikamente** ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

**Wenn ja:** Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen.  
Medikament (Name ), Dosierung (Menge), seit wann?

Geben Sie bitte **Namen, vollständige Adressen und Telefonnummern Ihrer derzeitigen behandelnden Psychotherapeuten und Ärzte** an:

**5. Nehmen Sie sich Zeit und beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre Beweggründe und die wichtigsten Probleme, die Sie veranlassen, sich an mich zu wenden. Gern können Sie ein gesondertes Blatt zufügen, wenn der Platz hier nicht reicht.**

**Was sind Ihrer Meinung nach die Ursachen für Ihre Probleme?**

**Welche konkreten Wünsche und Ziele** möchten Sie im Hinblick auf Ihre persönliche Situation erreichen? Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie?

**Frauen:** Sind Sie schwanger?

Wenn nein: Planen Sie in den nächsten sechs Monaten, schwanger zu werden?

**Datenschutzhinweis:**

Die Angaben zur Person und die Selbsteinschätzung unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift