

Praxis Dr. med. Lenz
0231-1062289
Mail: praxis@silvia-lenz.de

Patienten-Aufnahmebogen

Name _____ Vorname _____

Strasse, Wohnort _____

Telefon, Mobiltelefon _____

Ist Kontakt per Email gewünscht? Ja ___ Nein ___

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

Besteht eine Therapieauflage (werden Sie von einer Behörde verpflichtet Therapie zu machen) Ja ___ Nein ___

Bitte machen Sie kurze Angaben zu Ihrem seelischen und körperlichen Befinden und dem Vorstellungsgrund bei mir.

Mit wie vielen Personen leben Sie zusammen? _____

Größe der Wohnung? _____

Höchster Schulabschluss _____

Derzeitige Berufstätigkeit _____

Größe und Gewicht _____

Haben Sie Suizidgedanken?

Haben Sie jemals einen Suizidversuch gemacht?

Rauchen Sie?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Falls ja, wieviel pro Woche Bier _____ Wein _____ Spirituosen _____

Nehmen sie Drogen?

Sind Sie zur Zeit in psychiatrischer Behandlung?

Falls ja, wo:

Nehmen Sie Medikamente?

Falls ja, welche und seit wann _____

Nehmen Sie Mittel zum Schlafen und zur Beruhigung ein?

Haben Sie schon eine ambulante Psychotherapie gemacht?

Wenn ja, bitte Zeitraum und Grund der Therapie, Therapierichtung

Waren Sie früher in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung

Wenn ja, bitte Jahr, Einrichtung, Aufnahmegrund und Dauer in Wochen

Was soll sich in Ihrem Leben verändern?

Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache der jetzigen Probleme?