Psychotherapie Osthessen
PRAXISGEMEINSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie Osthessen ◆ Petersgasse 10 ◆ 36037 Fulda

Basisanamnese - Bogen

Zur Vorbereitung auf das Erstgespräch mit der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten bitten wir Sie, folgenden Bogen für das im Anschluss stattfindende Erstgespräch auszufüllen und vorab an uns zurück zu senden.

A. Persönliche Angaben

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

Geburtsdatum:..... Telefon:.....

E-Mail-Adresse:…… Handy:……...

Adresse:.....

Wann können wir Sie am besten erreichen? .....

Dürfen wir eine Nachricht auf Ihrem Anrufbeantworter hinterlassen? Ja **O** Nein **O**

Krankenkasse:.....

Gesetzlich **O**

Privat **O** / Beihilfeberechtigt **O**
(Wir richten uns nach der neuen Abrechnungsempfehlung vom 01.07.24 - siehe Homepage)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

Ich interessiere mich gegebenenfalls auch für eine Behandlung in einer Gruppe: Ja **O** Nein **O**

Hausarzt: ……..

Facharzt (Psychiater/ Neurologe): ……...

Familienstand: ……... Kinder (Alter, Geschlecht):……..……..……

Mit wie vielen Personen (Erwachsenen ...../Kindern.....) wohnen Sie zusammen?

Schulabschluss: .....

Derzeitige Berufstätigkeit: .....

seit: ..... bei: .....

B. Psychischer Bereich

Unter welchen Problemen leiden Sie (Grund des Kommens)?

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

Was möchten Sie mit Hilfe der Therapie erreichen?

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

Bisherige ambulante Behandlungen und Klinikaufenthalte (im psychischen Bereich): Name der Behandler bzw. Kliniken, Beginn und Ende der Behandlung:

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

Beschreiben Sie bitte <u>kurz</u> Ihren Lebenslauf und wie er Ihrer Meinung nach zu den heutigen Problemen beigetragen haben könnte (evtl. gesondertes Blatt oder Rückseite).

C. Medizinischer Bereich

Größe: ..... Gewicht: .....

Körperliche Erkrankungen:

früher:.....
.....
.....

heute:.....
.....
.....

Bisherige medizinische Untersuchungen/Klinikaufenthalte (mit Datum):

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

Bitte geben Sie an, welche Medikamente Sie derzeit einnehmen:

……
……
……
.....

Bitte geben Sie an, was und wie viel Sie regelmäßig oder unregelmäßig konsumieren:

z. B. Alkohol, Zigaretten, Drogen (Haschisch, Heroin, LSD, Drogenersatzmittel etc.), Kaffee, Tee.

früher (inkl. Menge):.....
……
……
……

heute (inkl. Menge): .....
……
……
……

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die hier von mir angegebenen Daten für die Warteliste in Papierform gespeichert werden. Sollte kein Termin zustande kommen, werden diese fachgerecht entsorgt. Ich habe das Recht, die Berichtigung sowie die Entsorgung der Daten jederzeit zu verlangen.

_____ **(Datum, Unterschrift)**

Psychotherapie Osthessen
PRAXISGEMEINSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

Regelung zu Terminausfällen

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

da unsere Praxis als Bestellpraxis organisiert ist, können wir Terminausfälle oder kurzfristige Absagen leider nicht nachbesetzen. Daher müssen wir, wenn Termine nicht wahrgenommen und nicht mindestens drei Werktage zuvor abgesagt werden, pro 50 entfallene Minuten ein

Ausfallhonorar von 50,- €

berechnen. Diese Regelung gilt grundsätzlich unabhängig vom Grund des kurzfristigen Ausfalles (§ 615 BGB).

Bei Erkältungsbeschwerden oder körperlicher Einschränkung ist die Sitzung als Videositzung möglich (über KV-zertifizierten Videodienstanbieter von uns gestellt); bei Absage im Krankheitsfall ist ein ärztliches Attest nachzureichen.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis!

Ihr Praxisteam