

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

für Erwachsene

PERSÖNLICHE ANGABEN	
Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Krankenkasse	

ADRESSE	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

KONTAKT	AB/MAILBOX BESPRECHEN ERLAUBT?
Festnetz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Mobilfunknummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
E-Mail	

Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden:

Haben oder hatten Sie Suizidgedanken?

Nein Ja Wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie die Gedanken kurz:

Haben Sie jemals einen Suizidversuch begangen?

Nein Ja Wann? _____

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?

Nein Ja Wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz:

Wie regelmäßig kommt es vor?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja

Was trinken Sie und wie viel durchschnittlich?

Rauchen Sie?

Nein Ja

Wie viel konsumieren Sie durchschnittlich?

Nehmen Sie regelmäßig Drogen?

Nein Ja

Was konsumieren Sie und wie viel durchschnittlich?

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung??

Nein Ja

Wenn ja, wo und wie lange? _____

Waren Sei in der Vergangenheit in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung?

Nein Ja

Wenn ja, wo und wie lange? _____

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:

E-Mail: Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, das heißt der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen auf der 1. Seite Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.

SMS: Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.

WhatsApp: Wenn Sie mit einer Kommunikation über WhatsApp einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Die Inhalte der zwischen über WhatsApp ausgetauschten Nachrichten sind verschlüsselt und können nicht von Dritten, insbesondere nicht durch das Unternehmen WhatsApp, gelesen werden. Allerdings können die weiteren Umstände der Kommunikation (sogenannte Meta-Daten), zum Beispiel wann Sie uns eine Nachricht geschrieben haben, von Dritten ausgewertet werden. Nähere Informationen erhalten Sie in den Datenschutzzinformationen von WhatsApp. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine Nachrichten über WhatsApp mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (*bitte mindestens 1 auswählen*):

E-Mail

Festnetz

Mobilfunknummer

Für die Kommunikation mit meiner internen Weiterbehandlerin während der Psychotherapie bin ich darüber hinaus zusätzlich mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

SMS

WhatsApp

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)

Mit der Weitergabe der Informationen und Daten an die Weiterbehandlerin bin ich einverstanden. Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Therapieplatzes.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn