



## Therapieanfrage

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Herr/Frau: \_\_\_\_\_  
Adresse:                      Straße: \_\_\_\_\_  
   Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon:                      privat: \_\_\_\_\_  
   beruflich: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

„Dürfen wir uns mit „HSA“ melden, wenn wir Sie zurückrufen?“                       Ja  Nein  
„Dürfen wir eine Nachricht auf dem AB hinterlassen?“                       Ja  Nein

geschilderte Beschwerden/Grund der Anfrage:

Haben Sie bereits eine Psychotherapie gemacht (vgl. wann, warum, bei wem)?

Überweisende Stelle:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt / Allgemeinmediziner | <input type="checkbox"/> Nervenarzt / Neurologe     | <input type="checkbox"/> Somatischer Facharzt    |
| <input type="checkbox"/> Psychologe / Psychotherapeut  | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik      | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle               | <input type="checkbox"/> Internet / Zeitungsbericht | <input type="checkbox"/> Eigeninitiative         |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Bekannte     | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____            |  |

Krankenkasse/Kostenübernahme: \_\_\_\_\_

Vereinbarungen/Besonderheiten:

Wünsche bzgl. der Uhrzeit: vormittags / nachmittags / abends:

Anfrage aufgenommen durch: \_\_\_\_\_

Eingabe in Psychoplan erledigt: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

„Damit sich unser\*e Therapeut\*in bereits zu einem Erstgespräch möglichst gut auf Sie vorbereiten kann, bitte ich Sie, mir noch einige Fragen zu psychischen Problemen zu beantworten, die evtl. neben der von Ihnen bereits geschilderten Problematik eine Rolle spielen können.“

Störungsbereich (nur abfragen, wenn nicht bereits als Problematik geschildert!)	Frage	Ja	nein
Panik	<i>Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall –manche nennen es Panikattacke oder Angstattacke-, bei dem Sie ohne Grund plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?</i>		
Phobien	<i>Litten Sie jemals unter unbegründet starken Ängsten? Für welche Bereiche trifft dies für Sie zu: a) in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu? b) beim Nutzen öffentlicher Verkehrsmittel oder z.B. in Geschäften? c) Sind Sie grundsätzlich ein Mensch, der sich viele Sorgen macht, auch über alltägliche Dinge?</i>		
Depression	<i>Haben Sie jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit, Interessenverlust oder Energielosigkeit gelitten?</i>		
Abhängigkeit Alkohol	<i>Hatten Sie jemals im Zusammenhang mit Alkohol irgendwelche Probleme (z.B. Alkohol am Steuer, körperliche oder psychische Probleme, Unfälle)?</i>		
Abhängigkeit Medikamente	<i>Haben Sie schon mehrmals Anregungsmittel, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Anordnung eingenommen oder in höherer Dosierung als verschrieben?</i>		
Aktuelle Medikation	<i>Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente? Was? _____ Wogegen? _____</i>		
Klinikaufenthalte	<i>Waren Sie schon einmal wg. psychischer Probleme stationär in Behandlung? Wann? _____ Warum? _____</i>		

**Krankenkassendaten:**

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Versichertenstatus: \_\_\_\_\_

Ablaufdatum Krankenkassenkarte: \_\_\_\_\_