

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit (-en): \_\_\_\_\_

Religion:  evang.  kathol.  ohne  \_\_\_\_\_

**2. Familienstand & Kinder**

- feste Partnerbeziehung seit \_\_\_\_\_
- ohne feste Partnerbeziehung seit \_\_\_\_\_
- verheiratet seit \_\_\_\_\_
- wieder verheiratet seit \_\_\_\_\_
- geschieden seit \_\_\_\_\_
- in Trennung lebend seit \_\_\_\_\_
- verwitwet seit \_\_\_\_\_
- ledig
- Kinder aus jetziger Partnerschaft Anzahl \_\_\_\_\_
- Kinder aus Ex-Partnerschaften Anzahl \_\_\_\_\_

**3. Wohnsituation:** *Ich lebe in ....*

- Eigentum (Wohnung/Haus)
- Wohnung/Haus des Partners
- Miete (Wohnung/Haus)
- Untermiete
- Wohngemeinschaft
- sonstiges \_\_\_\_\_

*Ich lebe zusammen mit ....*

- Ehe-/Lebenspartner
- Eltern(-teil)
- Kind(-ern)
- andere Verwandte (Geschwister etc.)
- sonstige Personen \_\_\_\_\_
- Ich lebe allein

Wohnungssituation problematisch?  ja  nein

**4. Schulausbildung**

- Sonderschule  abgeschlossen
- Hauptschule  abgeschlossen
- Realschule  abgeschlossen
- Fachoberschule \_\_\_\_\_  abgeschlossen
- Gymnasium  abgeschlossen
- Studium Fach? \_\_\_\_\_  abgeschlossen
- Studium Fach? \_\_\_\_\_  abgeschlossen

**5. Berufsausbildung/en**

abgeschlossen?  ja  nein

abgeschlossen?  ja  nein

- Lehre/Berufsschule
- Meisterprüfung
- Fachhochschule
- Universitätsstudium
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**6. aktuelle Berufstätigkeit**

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Wochenarbeits-Std.: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

- Schüler(-in)
- Auszubildende(-r)
- Hausfrau/Hausmann
- Student(-in)
- in Umschulungsmaßnahme
- Rente (Erwerbsunfähigkeit) seit: \_\_\_\_\_
- Rente (Alter) seit: \_\_\_\_\_
- arbeitslos seit: \_\_\_\_\_

aktuell krankgeschrieben seit \_\_\_\_\_

Gibt es beruflich Probleme?  ja  nein

**7. Berufsgruppe**

- Leitende(-r) Angestellte(-r)
- Nichtleitende(-r) Angestellte(-r)
- freiberuflich tätig
- Selbständiger
- Beamter(-in) des höheren/gehobenen Dienstes
- Beamter(-in) des mittleren/einfachen Dienstes
- Facharbeiter(-in) mit abgelegter Prüfung
- Arbeiter(-in)
- Hausfrau/mann
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**8. Geschwister**

Bruder/Schwester?	Alter?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**9. Körperliche Erkrankungen**

Haben/hatten Sie ernstere **körperliche** Erkrankungen?  
(aktuell oder in Vergangenheit)

- Art der Erkrankung / Diagnose?
- Wann? (von ... bis)
- Art der medizinischen Behandlung/Medikation?

---

---

---

---

---

---

---

**10. Psychische Erkrankungen**

Haben/hatten Sie **psychische** Erkrankungen?  
(aktuell oder in der Vergangenheit)

- Art der Erkrankung? (ggf. Diagnose)
- Wann? (von ... bis)
- Art der medizinischen Behandlung/Medikation?

---

---

---

---

---

---

---

**11. bisherige Therapien**

Behandlungen in Psychotherapie / bei Psychiater / in Klinik  
/ in Reha

Wann? Weswegen? Name Therapeut? Klinik?

---

---

---

---

---

---

---

**12. vorhergehende / parallele Behandlungen**

Waren / sind Sie wegen der Probleme, die Sie  
herführen anderweitig in Behandlung?

Bei wem? Weswegen? Seit wann?

---

---

---

---

---

---

---

**13. Wann ca. traten Ihre Probleme erstmals auf?**

Jahr: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

**14. Medikamente**

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

Welche? Gegen was? Dosierung? Seit wann?

---

---

---

---

---

---

---

Waren Sie sind Sie / fühlen Sie sich abhängig von  
Alkohol / Medikamenten oder anderem?

- Nein  Ja (ca. seit \_\_\_\_\_)

**15. Substanzgebrauch**

Wie hoch ist Ihr Gebrauch von

- Alkohol? \_\_\_\_\_ pro WOCHE  
\_\_\_\_\_ (Welche Art?)
- Kaffee? \_\_\_\_\_ Tassen pro Tag
- Zigaretten? \_\_\_\_\_ pro Tag
- Haschisch? \_\_\_\_\_ Gramm pro Wo.
- Handy \_\_\_\_\_ Std. pro Tag
- TV? \_\_\_\_\_ Std. pro Tag

Macht etwas davon Probleme?  ja  nein

**17. Suizidalität**

Hatten Sie mal Gedanken an Suizid?  ja  nein

Haben Sie aktuell Gedanken an Suizid?  ja  nein

Gab es aktuell/früher Suizidversuche?  ja  nein

falls zutreffend: Erklären Sie bitte kurz die Umstände

---

---

---

---

---

---

---

19) Haben Sie **finanzielle Probleme**?  ja  nein

**19) Wie von Praxis erfahren?**

Durch wen/was sind Sie auf meine Praxis aufmerksam  
geworden? Wer hat Sie hierher weiterverwiesen?

---