



Aufnahmebogen

Bitte schreiben Sie leserlich, am besten in *Druckschrift* oder füllen Sie das Formular direkt am Computer aus. Die meisten der nachfolgenden Angaben sind **für eine Behandlung erforderlich** und liefern ggf. erste diagnostische Hinweise. **Optionale Angaben** sind mit einem Sternchen (*) markiert. Sollten Sie sich bei einer Antwort unsicher sein, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen (?). Ihre Daten werden **streng vertraulich** behandelt, ferner unterliegt die Praxis der **Verschwiegenheitspflicht**. Die **Datenschutzerklärung** können Sie hier einsehen und herunterladen: www.daniel-gunia.de/downloads

Anrede*	<input type="text"/>	Titel*	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Größe	<input type="text"/> m	Gewicht	<input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Gewicht stabil?
Straße/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Festnetz*	<input type="text"/>	Mobiltelefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

Erlern(e) Beruf(e)	<input type="text"/>
Jetzige Tätigkeit(en)	<input type="text"/>
Familienstand:	<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> in Beziehung <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet

Wurden die Beschwerden, derentwegen Sie eine Psychotherapie auchsuchen, ärztlich untersucht?

Körperliche Beschwerden können manchmal psychische Ursachen haben. Umgekehrt stehen hinter seelischen Leiden mitunter auch körperliche Auslöser. Vor Beginn einer Psychotherapie muss daher ärztlicherseits sichergestellt worden sein, dass keine andere Behandlung Vorrang hat. Wurden Sie diesbezüglich schon untersucht?

- ja nein
Mir wurde ärztlicherseits zu einer Psychotherapie geraten. Ich werde eine ärztliche Beratung/Untersuchung in Kürze aufsuchen.

Wurde bei Ihnen je eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Bitte nennen Sie auch frühere Diagnosen (z. B. aus der Kindheit), auch wenn diese gegenwärtig nicht mehr vorliegen.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Alkoholkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa/M. Crohn | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Magen-/ZFD-Geschwür | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma/Polyarthritis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrom | <input type="checkbox"/> Tic-Störung |
| <input type="checkbox"/> ZNS-/Hirnschädigung | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben) | <input type="text"/> | |



Wer übernimmt Ihre hausärztliche Versorgung?*

Ohne Ihr schriftliches Einverständnis erfolgt keine Kontaktaufnahme oder Weitergabe von Daten.

Name/Ort

Wie sind Sie krankenversichert?*

Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz ist durch die gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung nicht erstattungsfähig. Falls Sie privatversichert sind, erkundigen Sie sich bitte, ob die Kosten für eine Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz übernommen werden.

gesetzlich

privat

Name der Versicherung

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

keine

Ich nehme... (bitte mit Dosierung angeben)

morgens

mittags

abends

bei Bedarf

Wie häufig trinken Sie wenigstens ein alkoholisches Getränk pro Woche?

noch keine Erfahrung

inzwischen abstinent

Ich trinke Alkohol... (Zutreffendes ankreuzen)

an ≤ 1 Tag pro Woche

an ≤ 2-3 Tagen pro Woche

an ≤ 5 Tagen pro Woche

täglich

Rauchen Sie oder verwenden Sie nikotinhaltige Produkte?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an, auch wenn Sie nur gelegentlich (z. B. in Gesellschaft) rauchen bzw. nikotinhaltige Produkte verwenden. Bewerten Sie die Häufigkeit des Gebrauchs bitte dahingehend, wie oft sie allgemein zu derartigen Erzeugnissen greifen.

noch keine Erfahrung

inzwischen abstinent

Ich rauche/verwende... (Zutreffendes ankreuzen)

E-Zigarette (mit Liquids)

Tabakerhitzer (z. B. IQOS)

Shisha/ Wasserpfeife

Zigaretten

Zigarillos/Zigarren

Sonstiges (bitte angeben)

Häufigkeit (allgemein)

selten/unregelmäßig

gelegentlich bis häufiger

täglich

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Betäubungsmitteln bzw. Drogen?

Mit welchen Betäubungsmitteln bzw. nichtverordneten Arzneien hatten Sie schon Kontakt, wenn auch nur ein einziges Mal oder vor langer Zeit? Bitte bewerten Sie die Häufigkeit des Gebrauchs dahingehend, wie oft Sie allgemein zu solchen Substanzen griffen bzw. greifen (z. B. zur Leistungssteigerung oder Beeinflussung Ihrer Stimmung). Diese Angaben sind u. U. für Ihre Therapie von Bedeutung und unterliegen natürlich der Verschwiegenheitspflicht.

noch keine Erfahrung

nur mal ausprobiert

Ich habe bereits Erfahrung mit... (Zutreffendes ankreuzen)

Benzodiazepine (z. B. Valium)

THC (Marihuana, Haschisch)

Halluzinogene (z. B. LSD)

Kokain/Amphetamine

Opioide (z. B. Tilidin, Heroin)

Sonstiges (bitte angeben)

Häufigkeit (allgemein)

selten/unregelmäßig

gelegentlich bis häufiger

täglich

Letzter Konsum (allgemein)

vor Jahren

vor Monaten

kürzlich/aktuell