



Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein bzw. kreuzen Zutreffendes an.

Krankenkasse:

Anschrift:

Versicherten-Nummer:

Personalnummer bei Beihilfe Bundeswehr:

Angaben zur Person

Geschlecht: weiblich männlich divers

Geburtsdatum:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

mobil:

Zu folgenden Zeiten bin ich telefonisch am besten erreichbar:

E-Mail:

Familienstand:

ledig

keine feste Partnerbeziehung

feste Partnerbeziehung

getrennt lebend

unverheiratet mit Partner/in zusammenlebend

geschieden

verheiratet

verwitwet

alleinerziehend

Anzahl der Kinder:

(Berufs-)Ausbildung:

kein Schulabschluss

Fachabitur

andere:

Hauptschulabschluss

Abitur

Realschulabschluss

abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium

erlernter Beruf:

derzeitig ausgeübter Beruf:



Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ja, seit:

Besteht eine Berentung? nein ja, seit:

Ein Antrag auf Rente bzw. Erwerbsminderung wurde gestellt: nein ja

Bitte schildern Sie in Stichworten die Probleme, wegen denen ein Behandlungswunsch besteht:

Seit wann bestehen diese Probleme?

Waren Sie deswegen schon in medizinischer und / oder psychotherapeutischer Behandlung?

Wo?

Wann?

Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch Ihr Problem belastet?

gar nicht wenig mittelmäßig stark sehr stark

In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt?

Partnerschaft / Familie

Soziale Kontakte

Ausbildung / Beruf

Körperliche Gesundheit

Freizeit

Sonstiges:

Finanzen



Wann sind Sie das letzte Mal von einem Arzt gründlich untersucht worden?

Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer Gesundheit? Falls ja, welche und seit wann bestehend?

nein

ja:

Haben Sie einen Grad der Behinderung?

nein

ja, zu % , wegen:

Haben Sie Schulden? nein ja, in Höhe von:

Besteht oder droht ein Rechtsstreit? nein ja

Notieren Sie hier Ihre Fragen, die im Erstgespräch geklärt werden sollen: