

Aufnahmebogen

Liebe*r Patient*in,

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und sorgfältig. Kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und in anonymisierter Form für die Qualitätssicherung in unserer Ambulanz verwendet. Vielen herzlichen Dank!

Persönliche Angaben:

Name, Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Geburtsdatum: _____ in: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: _____

Erreichbarkeit: Wann sind Sie erreichbar?

- Telefon privat : _____
- Handy: _____
- Dienstlich: _____
- E-Mail -Adresse: _____

Auf Anrufbeantworter sprechen erlaubt? Nein Ja

Per E-Mail kontaktieren erlaubt? Nein Ja

1. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig verheiratet wieder verheiratet geschieden verwitwet

2. Wie ist Ihre aktuelle Partner*innensituation?

Kein*e Partner*in wechselnde Partner*innen feste*r Partner*in
 getrennt lebend zusammen lebend

3. Haben Sie Kinder? Ja Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Wie heißen Ihre Kinder und wie alt sind sie?

4. In wessen Haushalt leben Sie aktuell?

Im Haushalt der Eltern
 Eigener Haushalt: mit Partner*in mit eigener Familie alleine
 Wohngemeinschaft: privat therapeutisch betreut

5. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Noch in der Schule
 Sonderschulabschluss
 Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss/mittlere Reife
 Abitur/Fachabitur
 Kein Schulabschluss Sonstiger Schulabschluss: _____

6. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?

- Noch in Berufsausbildung
 Ausbildung
 Meister, Fachschule
 Universität, Fachhochschule
 Ohne Berufsabschluss
 Sonstige Berufsausbildung: _____

7. Bitte benennen Sie Ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit und kreuzen Sie dann die dazu passende Kategorie an.

- (un-/gelernte*r) Arbeiter*in
 Facharbeiter*in
 Angestellte*r oder Beamte*r
 Auszubildende*r
 (noch) nie erwerbstätig gewesen
 Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

8. Sind Sie derzeit erwerbstätig?

Wenn ja, wie viele Stunden/Woche arbeiten Sie? _____

9. Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer psychischen Verfassung bei beim Arzt/Ärztin? _____ Mal

10. An wie vielen Tagen sind Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer psychischen Verfassung nicht zur Arbeit gegangen? _____ Tage

11. Angaben zur Krankenkasse

- Krankenkasse: _____
 selbst versichert:
 Familienmitglied: Name des/der Hauptversicherten: _____,
 Geburtsdatum des/der Hauptversicherten: _____

12. Angaben zur Therapie?

Wie wurden Sie auf die Hochschulambulanz der Universität der Bundeswehr München aufmerksam?

Haben Sie schon einmal eine ambulante oder stationäre Psychotherapie durchgeführt?

- Ja Nein

Wenn Ja, wann und bei wem (bzw. wo)?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell? _____