



<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Straße</b>	<b>PLZ, Ort</b>
<b>Telefon</b>	<b>Mobil</b>
<b>Email</b>	
<b>Schulabschluss</b>	<b>Beruf</b>
<b>Familienstand</b>	<b>Kinder</b>

**Weshalb möchten Sie sich vorstellen? Welche Beschwerden haben Sie?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Waren Sie in der Vergangenheit bereits in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?**

.....  
.....  
.....

**Wenn ja, welche Erkrankungen wurden diagnostiziert?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit bereits eine ADHS oder eine Autismus-Spektrums-Störung diagnostiziert? (Wann, durch wen?)**

.....  
.....

**Fand eine Behandlung der ADHS oder Autismus-Spektrums-Störung statt? Womit (Psychotherapie, Medikation)?**

.....  
.....

**Befanden Sie sich aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung? Wenn ja, wann und wo?**

.....  
.....  
.....

**Bestehen körperliche Erkrankungen?**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Erkrankungen des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaskulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nehmen Sie Medikamente ein? (Bitte nennen Sie auch Medikamente, die Sie nur unregelmäßig einnehmen).**

Medikament	Dosierung


**Sind in der Familie psychiatrische Erkrankungen bekannt?**

.....  
.....

**Konsumieren Sie Alkohol oder andere Drogen? Wenn ja, wie häufig und wieviel?**

.....  
.....

**Sind Sie schwanger?**

.....

Mir ist bewusst, dass es sich um eine reine Bestellpraxis handelt. Um Leerlaufzeiten zu vermeiden ist meine rechtzeitige Terminabsage notwendig, welche mindestens 48 Stunden vorher erfolgen muss. Die Absage muss so in der Praxis eingehen, dass mindestens ein Arbeitstag verbleibt, um den Termin nachzubeseetzen. Bei nicht rechtzeitiger bzw. unterbliebener Absage des Behandlungstermins wird ein Ausfallhonorar erhoben, welches auf der Gebührenordnung für Ärzte basiert und sich nach dem geplanten Aufwand berechnet.

Riedstadt, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**