

Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Psych. Svenja Thielemann
Mülheimer Straße 58, 47057 Duisburg

Telefon: 0203-3785531
Fax: 0203-3785534
E-Mail: kontakt@psychotherapie-thielemann.de

I Persönliche Angaben

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Telefon privat:
Strasse:	Telefon mobil:	
PLZ, Wohnort:	Krankenkasse (Name, Anschrift):	
Familienstand: Kinder:		
Schulabschluß:	Berufsabschluß:	Ausgeübter Beruf:

II Angaben zu Ihren Beschwerden

1.) Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Beschwerden, derentwegen Sie eine psychotherapeutische Behandlung suchen:

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

2.) Schildern Sie kurz, wann Ihre Probleme / Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind und wie sie sich bis heute weiterentwickelt haben :

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

3.) Wurden bereits ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlungen aufgrund Ihrer Schwierigkeiten durchgeführt, falls ja, welche und wann?

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

4.) Wurden Ihnen bereits Psychopharmaka verschrieben, falls ja, welche und wann?

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

5.) Was sind Ihre Ziele im Rahmen der Psychotherapie?

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

6.) Gibt es sonst noch etwas, was für eine psychotherapeutische Behandlung von Bedeutung sein könnte?

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

7.) Bitte kennzeichnen Sie, an welchen Tagen und zu welchen Tageszeiten Sie regelmäßige Behandlungstermine wahrnehmen können.

Mo.:	vormittags: (ja / nein)	nachmittags: (nein / ja ab.....Uhr)
Di.:	vormittags: (ja / nein)	nachmittags: (nein / ja ab.....Uhr)
Mi.:	vormittags: (ja / nein)	nachmittags: (nein / ja ab.....Uhr)
Do.:	vormittags: (ja / nein)	nachmittags: (nein / ja ab.....Uhr)
Fr.:	vormittags: (ja / nein)	nachmittags: (nein / ja ab.....Uhr)
Sa:	vormittags: (ja / nein)	