

# Kurzfragebogen

Bitte zurücksenden an:

Dipl.-Psych. A. Berger  
André Str. 40

**09112 Chemnitz**

## A Persönliche Angaben

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Familienstand: ..... Kinderzahl: .....

PLZ, Ort: ..... Straße: .....

Telefon privat: ..... Telefon dienstl./ Handy: .....

Ausgeübter Beruf: .....

Krankenkasse: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Straße: .....

Hausarzt: ..... PLZ, Ort: .....

Straße: ..... Telefon: .....

## B Angaben zu Ihren Beschwerden

1) Ihre derzeitigen Probleme oder Beschwerden:

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

2) Seit wann bestehen diese Beschwerden / Probleme ungefähr?

.....

3) Wie oft treten diese Beschwerden auf, wie stark sind sie, wie lange halten sie an?

.....  
.....

4) Welche Ereignisse oder Umstellungen in Ihrem Leben gingen den Beschwerden voraus (mutmaßlicher Auslöser)?

.....  
.....

5) Welche Behandlungen wurden deswegen bereits durchgeführt?  
(Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum angeben)

.....  
.....

6) Zur Zeit eingenommene Medikamente:

.....

7) Sonstige Bemerkungen / Informationen, die für die Behandlung von Bedeutung sind:

.....  
.....

### **C Organisatorisches zur Terminvergabe**

An welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit können Sie in der Regel Termine wahrnehmen?

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift