

Anmeldeformular ambulante Psychotherapie/Psychiatrie

Datum: _____

Vor- und Nachname: _____

Geschlecht: m w d

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Adresse: _____

Stadt: _____ PLZ: _____

Telefonnummer: _____ Ist es in Ordnung, Sie zu kontaktieren? ja nein

E-Mail: _____ Ist es in Ordnung, Sie zu kontaktieren? ja nein

(für E-Mail bitte Einverständniserklärung letzte Seite unterzeichnen)

Wie haben Sie über unsere Praxis erfahren? _____

Grund warum Sie Therapie aufsuchen wollen? Bitte beschreiben Sie kurz die Probleme, die Sie haben.

Was erhoffen Sie sich durch die Behandlung zu erreichen?

Wie gehen Sie mit Stressoren um und/oder bewältigen Sie die von Ihnen beschriebenen Probleme?

Sind Sie aktuell bereits in Therapie? ja nein

Falls ja, wann, mit wem und wie lange? _____

Waren Sie jemals in stationärer psychiatrischer Behandlung? ja nein

Sind Sie aufgrund Ihres Leidens aktuell arbeitsunfähig? ja nein

Falls ja, seit wann? _____

- Missbrauch/Trauma - körperlich, sexuell, emotional, Vernachlässigung
- Aggression, Gewalt
- Alkoholkonsum
- Wut, Feindseligkeit, Streitereien, Reizbarkeit
- Ängstlichkeit, Nervosität
- Aufmerksamkeit, Konzentration, Ablenkbarkeit
- Berufliche Sorgen, Ziele und Entscheidungen
- Probleme in der Kindheit
- Co-Abhängigkeit
- Verwirrung
- Zwänge und/oder Obsessionen (Gedanken oder Handlungen, die sich wiederholen)
- Entscheidungsfindung, Unentschlossenheit, gemischte Gefühle, Aufschieben von Entscheidungen
- Abhängigkeit / Sucht
- Depression, schlechte Stimmung, Traurigkeit, Weinen
- Scheidung, Trennung, eheliche Konflikte, Untreue/Affären
- Drogenkonsum - verschreibungspflichtige Medikamente, frei verkäufliche Medikamente, Straßendrogen
- Essprobleme - Überessen, Unterernährung, Appetit, Erbrechen
- Leere
- Versagen
- Erschöpfung, Müdigkeit, geringe Energie
- Ängste, Phobien
- Finanzielle oder finanzielle Probleme, Schulden, impulsive Ausgaben, geringes Einkommen
- Glücksspiel
- Trauer, Todesfälle, Verluste, Scheidung
- Schuldgefühle
- Kopfschmerzen, andere Arten von Schmerzen
- Gesundheit, Krankheit, medizinische Bedenken, körperliche Probleme
- Minderwertigkeitsgefühle
- Impulsivität, Kontrollverlust, Wutausbrüche
- Unverantwortlichkeit
- Urteilsschwierigkeiten, Risikobereitschaft
- Rechtsangelegenheiten, Anklagen, Prozesse
- Einsamkeit
- Gedächtnisprobleme
- Stimmungsschwankungen
- Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung
- Panik- oder Angstattacken
- Perfektionismus
- Pessimismus
- Aufschieberitis, mangelnde Motivation
- Beziehungsprobleme (mit Freunden, mit Verwandten oder am Arbeitsplatz)
- Schulische Probleme
- Selbstwertprobleme
- Selbstvernachlässigung, schlechte Selbstfürsorge
- Sexuelle Probleme, Dysfunktionen, Konflikte, Identitätsprobleme
- Schlafprobleme (zu viel, zu wenig, Schlaflosigkeit, Albträume)
- Spirituelle, religiöse, moralische, ethische Fragen
- Stress und Anspannung
- Misstrauen
- Suizidgedanken
- Jähzorn, Selbstbeherrschung, geringe Frustrationstoleranz
- Gedankliche Desorganisation und Verwirrung
- Drohungen, Gewalt
- Gewichts- und Diätprobleme
- Rückzug, Isolation
- Arbeitsprobleme, Beschäftigungsprobleme, Mobbing

Bitte schicken Sie diese Anmeldung **per Post** an **New Leaves Gemeinschaftspraxis, Dr. med. univ. Stefan Schmidinger, Zeltweg 25, 8032 Zürich** oder **per E-Mail** an drschmidinger@hin.ch (HIN-verschlüsselter Email-Versand zum datenschutzkonformen Informationsaustausch).

Einverständniserklärung Kommunikation via E-Mail: Oben aufgeführte Person ist mit der Kommunikation via E-Mail einverstanden. Die Risiken, die mit dem unverschlüsselten E-Mail-Versand verbunden sind - insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung, sind mir bewusst und nehme ich in Kauf.

ja

Datum: _____

nein

Unterschrift: _____