



ANGABEN ZUR PERSON

Name	Vorname
Straße und Hausnummer	Geburtsdatum <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Postleitzahl und Ort	Telefon privat
E-Mail Adresse <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden, per E-Mail kontaktiert zu werden	Telefon mobil

ANGABEN ZUR GESETZLICHEN KRANKENKASSE

Name der Krankenkasse	Versichertenstatus <input type="checkbox"/> Mitglied
Straße und Hausnummer	<input type="checkbox"/> Rentner
Postleitzahl und Ort	<input type="checkbox"/> Familienversicherter Name/Geburtsdatum des Hauptversicherten:
Telefon	Fax

ÜBERWEISENDER ARZT

Name des überweisenden Arztes

Arzt für Allgemeinmedizin
 Praktischer Arzt
 Arzt für Neurologie
 Arzt für Innere Medizin
 Arzt für Psychiatrie
 Arzt für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie
 Arzt für Psychotherapeut. Medizin/Psychoanalyse
 Diplom-Psychologe/-in
 Sonstige

Straße und Hausnummer Telefon

Postleitzahl und Ort Fax

Handelt es sich bei dem überweisenden Arzt um Ihren Hausarzt? ja nein

NOTIZEN



MEDIZINISCHE ANGABEN

Befanden Sie sich in ambulanter oder stationärer psychiatrischer / psychosomatischer / psychotherapeutischer Behandlung?

nein

ja

Einrichtung/Therapeut

Zeitraum

1. Seit wann haben Sie Beschwerden?

2. Unter welcher Diagnose werden Sie von Ihrem Arzt behandelt?

3. Nehmen Sie Medikamente ein?

nein

ja

Wenn ja, welche u. in welcher Dosierung?

a) Welche weiteren Medikamente nehmen Sie zurzeit **regelmäßig** in welcher Dosierung?

b) Welche Medikamente nehmen Sie **bei Bedarf** wie häufig und in welcher Dosierung?

4. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden **arbeitsunfähig**?

nein

ja

Wenn ja, seit wann?

5. Beziehen Sie **Rente**?

nein

ja

Wenn ja, seit wann?

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin