



# Selbstauskunft Psychotherapie

Name, Vorname				Geburtsdatum	
	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers		
Straße und Hausnummer				Postleitzahl und Ort	
Behandelt wegen					

1. Wie wurde die Erkrankung/ Diagnose vom Arzt benannt?  
genauer ICD-10 Code erforderlich; ggf. beim behandelnden Arzt oder Therapeuten erfragen

2. Was war der Grund/Auslöser für die Therapie?

3. Welche Symptome/ Beschwerden bestanden/ bestehen?

<input type="checkbox"/> Angstgefühle	<input type="checkbox"/> Magen-/ Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Gewichtsveränderungen
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> Müdigkeit/ Schläppheit
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar	

4. Wann trat/traten die Erkrankung/ Beschwerden erst- und letztmalig auf?

erstmalig  letztmals

5. Welche Untersuchungen/ Behandlungen werden/wurden durchgeführt?	Untersuchung/ Behandlung	Zeitraum	Anzahl	Art der Sitzungen
	<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren			
<input type="checkbox"/> Gesprächstherapie				<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> tiefenpsychologische Analyse				<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie				<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>				<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär

6. Medikamentöse Behandlung?  
bitte Name, Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikaments angeben

7. Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung  
bitte alle Behandlungs Zeiträume angeben

kontinuierlich - Behandlungszeitraum, seit wann

bedarfsweise - bitte geben Sie die Behandlungszeiträume an

8. Besteht Beschwerdefreiheit ?  
besteht Behandlungsfreiheit ?

nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar   ja, seit

nein  ja, seit

9. Bei Erwerbstätigen  
Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor?

nein  ja, wegen  wie lange?  wann?

10. Welche Untersuchungen/ Behandlungen sind angeraten/ geplant?  
ambulant, stationär und/oder medikamentös?

11. Welcher Arzt kann am Besten Auskunft geben?  
Bitte Art des Arztes, mit Name + Anschrift

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)
<input type="text"/>	<input type="text"/>