

**Anmeldung zur Aufnahme in die Warteliste auf Psychotherapie**  
der Hochschulambulanz für Psychotherapie in Halle

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten die unten stehenden Fragen zu beantworten und uns zurückzuschicken an anmeldung-hsa@psych.uni-halle.de. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Wir werden uns dann zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bei akutem Bedarf raten wir Ihnen, Ihren Hausarzt, einen niedergelassenen Psychiater oder die psychiatrische Ambulanz des für Ihren Wohnbereich zuständigen Klinikums aufzusuchen.

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

---

**Datum:**

---

**Name, Vorname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Adresse:**

---

**Telefon-Nr.:**

---

**E-Mail:**

---

**Hausarzt:**

---

**Krankenversicherung:**

---

**Familienstand:** Wählen Sie ein Element aus.

---

Haben Sie **Kinder**? Wenn ja, wie viele Kinder und wie alt sind diese?

ja

nein

---

**Ausbildung:** Wählen Sie ein Element aus.

---

**erlernter Beruf:**

---

**derzeitig ausgeübter Beruf:**

---

Sind Sie zurzeit **krankgeschrieben**? Wenn ja, seit wann?

ja, seit

nein

---

Besteht eine **Berentung**?  ja, seit  nein

---

Besteht ein Antrag auf **Rente** bzw. **Erwerbsminderung**?  ja  nein

---

Bitte schildern Sie in Stichworten die **Probleme oder Beschwerden, wegen denen ein Behandlungswunsch** besteht:

---

**Seit wann** bestehen diese Probleme?

---

Wie fühlen Sie sich aktuell durch Ihr Problem **belastet**? Wählen Sie ein Element aus.

---

In **welchen Lebensbereichen** fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt?  
(Mehrfachnennung möglich)

- Partnerschaft/Familie     Ausbildung/Beruf     Freizeit     soziale Kontakte  
 Finanzen     körperliche Gesundheit     sonstiges:

---

Waren Sie deswegen oder generell schon in medizinischer und/oder psychotherapeutischer **Behandlung**? Wenn ja, wann und wo?

- ja,  
 nein

---

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** aufgrund Ihrer Beschwerden? Wenn ja, welche in welcher Dosierung und seit wann?

- ja:  
 nein

---

Nehmen Sie sonstige Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

- ja:  
 nein

---

Haben Sie aktuell ernsthafte Probleme mit Ihrer **körperlichen Gesundheit**? Wenn ja, welcher Art sind diese Probleme und seit wann haben Sie diese?

- ja:  
 nein

---

An welchen **Wochentagen** und zu welchen **Tageszeiten** können Sie Therapiesitzungen wahrnehmen?

---

Im Folgenden ist Platz für **Anmerkungen oder Fragen**, die im Erstgespräch geklärt werden sollen: