

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 hochschulambulanz@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:

Geschlechtsidentität/Pronomen:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Hausarzt/-ärztin:

Krankenversicherung:

Familienstand: Wählen Sie ein Element aus.

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

☐ ja , _____ ☐ nein

Ausbildung (bei Studium bitte Fachrichtung angeben): Wählen Sie ein Element aus.

erlernter Beruf:

derzeitig ausgeübter Beruf

(bei Studium bitte Fachrichtung angeben):

Sind Sie zurzeit **krankgeschrieben**? Wenn ja, seit wann? ☐ ja, seit _____ ☐ nein

Besteht eine **Berentung**? ☐ ja, seit _____ befristet bis _____ ☐ 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 ☐ Sexualität
☐ sonstiges:

Haben Sie **ambulante** Therapieerfahrung? Wenn ja, wann und wo?

☐ ja, _____ ☐ nein

Haben Sie **stationäre** Therapieerfahrung? Wenn ja, wann und wo?

☐ ja, _____ ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

Name	Dosierung	Gegen welche Beschwerden?

Haben Sie **körperliche und/ oder chronische Erkrankungen**? 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: