

Eingangsfragebogen

Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych. Johannes Geuter

Heinrichstraße 10
44623 Herne

Tel.: 02323 / 55 798

info@vt-herne.de

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrem Therapiewunsch. Diese Informationen helfen, das Erstgespräch sowie die nachfolgende diagnostische Untersuchung entsprechend Ihrer individuellen Situation zu planen und durchzuführen.

Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an mich zurück.

Ich danke Ihnen für Ihre Zusammenarbeit,
Johannes Geuter

Ich interessiere mich für eine Psychotherapie bei Johannes Geuter und bitte um Kontaktaufnahme bzw. Möglichkeit für einen Sprechstundentermin oder Aufnahme auf die Warteliste.

Name: _____

Datum: _____

Teil 1: Angaben zur Person

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon fest: _____ mobil: _____

Mailadresse: _____

Mögliche Termine:

Je flexibler Sie Termine wahrnehmen können, desto zügiger kann ich Ihnen einen passenden Therapieplatz anbieten. Bitte markieren Sie alle Ihre Möglichkeiten mit einem Kreuz. Mittwochs-Termine sind frühestens ab Herbst 2018 verfügbar.

	Montag	Mittwoch	Freitag
8-9			
9-10			
10-11			
11-12			
12-13			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Familienstand: ledig

unverheiratet mit Partner/in zusammenlebend

(Mehrfachangaben möglich) verheiratet

feste Partnerbeziehung, aber in getrennten Haushalten lebend

keine feste Partnerbeziehung

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte Geschlecht _____ und Geburtsdatum jedes Kindes an: _____

Ausbildung: kein Schulabschluss Fachabitur

(Mehrfachangaben möglich) Hauptschulabschluss Abitur

Realschulabschluss

abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium

andere: _____

Ihre berufliche Situation:

erlernter Beruf: _____

z.Zt. ausgeübter Beruf: _____

derzeitiger beruflicher Status: Vollzeit Teilzeit Hausfrau /-mann
 in Altersrente / Pension
 arbeitslos erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Dauer
 in Ausbildung erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Zeit
sonstiges: _____

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben oder dienstunfähig?

nein

ja

Wo sind sie krankenversichert?

Gesetzliche Krankenkasse

Name: _____

Adresse: _____

Beihilfe

Name: _____

Adresse: _____

Private Versicherung

Name: _____

Adresse: _____

Teil 2: Problembeschreibung und bisherige Behandlungen

2.1 Bitte geben Sie nachfolgend Ihr Problem an, wegen dem Sie eine Behandlung wünschen:

2.2 Seit wann etwa leiden Sie unter diesem

Problem? _____

2.3 Waren Sie wegen diesem Problem schon in medizinischer oder psychologischer Behandlung? (Gemeint sind sowohl ambulante Behandlungen bei einem Arzt oder Psychologen als auch stationäre Behandlungen in einer Klinik.)

nein ja

Falls ja, wo und wann waren Sie in Behandlung?

Ambulante Psychotherapien:

1. wo? _____

wann? _____

2. wo? _____

wann? _____

Stationäre Psychotherapien:

1. wo? _____

wann? _____

2. wo? _____

wann? _____

Ambulante medizinische Behandlungen:

1. wo? _____

wann? _____

2. wo? _____

wann? _____

2.4 Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch Ihr Problem belastet? | _____ | _____ | _____ |
sehr stark mittelmäßig gar nicht

2.5 In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt? (Mehrfachangaben möglich)

- Partnerbeziehung
- Familiensituation
- Berufsausbildung/-ausübung
- Freizeitbereich
- Finanzielle Situation
- Allgemeiner Bewegungsspielraum
- Körperliche Gesundheit
- Kontakte zu anderen Menschen
- Sonstiges:

2.6 Wie und durch wen sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

2.7 Sind Sie über die unter Punkt 2.1 genannten Probleme hinaus schon einmal wegen einem oder mehreren der folgenden Probleme behandelt worden? – bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	Ängste
<input type="checkbox"/>	hormonelle Beschwerden im Zusammenhang mit Geburt	<input type="checkbox"/>	andere psychische Störungen:
<input type="checkbox"/>	prämenstruelle Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Essprobleme
<input type="checkbox"/>	andere hormonelle Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	Alkohol- oder Drogenprobleme	<input type="checkbox"/>	Migräne
<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	andere Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	stressbezogene Beschwerden (z.B. Magengeschwür, Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	Herzprobleme
	welcher Art:		welcher Art:
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/>	neurologische Probleme
<input type="checkbox"/>	Kalziummangel	<input type="checkbox"/>	niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Magen- oder Darmprobleme	<input type="checkbox"/>	Leberschaden
<input type="checkbox"/>	Untergewicht	<input type="checkbox"/>	Übergewicht
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		

Teil 3: Angaben zur Gesundheit

3.1 Wann sind Sie das letzte Mal von einem Arzt gründlich untersucht worden?

3.2 Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer Gesundheit?

nein ja

Wenn ja: Welcher Art sind diese Gesundheitsprobleme?

Seit wann haben Sie diese Probleme?

Haben die Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen?

nein ja

Gibt es sonst noch irgendetwas, das Ihnen wichtig erscheint, bisher aber noch nicht erwähnt wurde?

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens. Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben.

Senden Sie dann den Fragebogen an

Dipl.-Psych. Johannes Geuter
Heinrichstraße 10
44623 Herne

oder mailen Sie den Bogen an

info@vt-herne.de

Ich werde mich bei Ihnen melden, sobald ein Therapieplatz für Sie frei wird.

Für Ihre Unterlagen und zur Ihrer Information:

Übersicht über die Kosten einer Behandlung

Gesetzlich Versicherte

Die Behandlung wird nach den rechtlichen Grundlagen des SGB V und der aktuellen Psychotherapierichtlinie durchgeführt. Sie orientiert sich an der Psychotherapievereinbarung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und wird in diesem Rahmen durchgeführt und übernommen. Weitere Informationen erhalten Sie im ersten Gespräch.

Privat Versicherte / Beihilfeberechtigte / Selbstzahler:

Zusammensetzung der Behandlungskosten

Die Kosten für die Behandlung werden auf der Grundlage der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP) vom 24.06.2000 in Rechnung gestellt. So beträgt der Satz für eine 50-minütige Behandlungseinheit (Ziffer 870: Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten) bei dem hier angewandten Steigerungssatz von 2,3: 100,55€. Ein vollständiges Verzeichnis der GOP-Abrechnungsziffern händige ich Ihnen auf Wunsch aus.

Umfang der Behandlung

Viele Patienten benötigen zwischen 24 und 60 Sitzungen. Da sich der Therapieablauf und die Therapieaufgaben je nach den Gegebenheiten des Patienten und des vorliegenden Störungsbildes stark unterscheiden, kann der voraussichtliche Therapieumfang im Einzelfall erst nach der diagnostischen Untersuchung eingeschätzt werden.

Bei weiteren Fragen melden Sie sich gerne bei mir:

Dipl.-Psych. Johannes Geuter
Heinrichstraße 10
44623 Herne
Telefon: (02323) 55798 Sprechzeit: Freitags, 12:00 – 12:45

info@vt-herne.de