Name: Geb.: Alter: Datum:

© Beltz-Verlag 2019

Erstgespräch

☐ Kasse ☐ Privat ☐ Selbstzahler ☐ SKT

Familienstand: ledig verheiratet getrennt geschieden wiederverheiratet verpartnert verwitwet **Kinder**:

Schulabschluss: keinen SS HS MR FA ABI **Berufsausbildung**: **Tätigkeit**:

PT-Indikation: **Überweiser**: **Praxis durch**:

Beschwerden:

Beruf: AU: seit von bis

Arbeitszeit: Std./Wo an Tagen Urlaub: Tage/J + Feiertage Arbeitsaufkommen: zu hoch angemessen zu niedrig

Probleme:

Psychotherapie: keine VT Therapeut Dauer:
PD-PT Analyse Therapeutin

PM-Krankheitsverständnis: Ja Nein Eingeschränkt **Problem 2. Ordnung:** Akzeptanz Selbstwert Angst Hoffnung

Therapiemotivation: vorhanden fraglich nicht vorhanden **Veränderungsmotivation**: vorhanden fraglich nicht vorhanden

Suizidalität: Gedanken: Nein Ja Früher: Nein Ja: **„Ja“ zum Leben**: Ja Nein Ambivalenz **Meldung**: sicher unsicher

☐ keine Suizidalität ☐ Ruhewünsche ☐ Todeswünsche ☐ Suizidideen ☐ Suizidabsichten ☐ aktueller SMV:

Fam. SM(V)‘s: SMV(e): parasuizidale Handlungen:

Beschwerden:

Kpl. (Vor-)Erkrankungen:

Medikamente:

Mündliche: Aufklärung ☐ Möglichkeiten/Grenzen ☐ Voraussetzungen ☐ Nebenwirkungen ☐ Alternativen

Hand-Out: ☐ Broschüren (Aufklärung & Therapieinformation) ☐ Konsiliarbericht mit Anschreiben

☐ Medizinische Anamnese ☐ ICD-Screeningfragebogen

Administration: ☐ Karte eingelesen ☐ Patient in EDV angelegt ☐ Leistung eingegeben ☐ Verdachtsdiagnose eingegeben