

Sehr geehrte(r) Patient(in),

mit diesem Fragebogen können Sie eine Reihe von Fragen beantworten, um gemeinsam in der ersten Sitzung einen Überblick über Ihre Beschwerden zu bekommen. Sie erleichtern mit dem Ausfüllen die gemeinsame Arbeit.

Achtung: Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus! Danke.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
E-Mail-Adresse: _____

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

Nein _____ Ja, seit _____ wegen _____

Bei welchen Ärzten sind Sie zur Zeit in Behandlung? (Name, Fachrichtung, Ort).

1.1.1. Gibt es in Ihrer Herkunftsfamilie (Mutter, Vater, Geschwister) auffällige Krankheiten (z. B. Nerven- u. Gemütskrankheiten, Anfallskrankheiten, Schlaganfälle, Herzinfarkte, Diabetes etc.)

1.1.2. Frühere und aktuelle schwere oder chronische Erkrankungen/Operationen/Unfälle? (Jahr – Art der Erkrankung – Behandlung)

Sind seit Ihrer Kindheit/Jugend psychiatrische/neurologische Erkrankungen aufgetreten? (z. B. Gemütskrankheiten, Schlaganfälle, Anfallskrankheiten, Hirnhautentzündung, Kopfunfälle)? (Jahr – Art der Erkrankung – Behandlung)

**1.3.2. Beschreiben Sie kurz Ihren schulischen und beruflichen Werdegang?
(Schulbildung, Berufsbildung, Berufstätigkeit).**

Berufsbildung **Nein** **Ja, Abschluss als**

Umschulung? **Nein** **Ja, wenn ja, durch wen?**

Berufliche Tätigkeiten:

Von _____ bis _____ **Art der Tätigkeit:** _____

1.3.3. Derzeitige Tätigkeit als _____

Wie viele Stunden täglich? _____

1.4. Haben Sie einen Antrag gestellt auf:

Rente

Medizinische Reha

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ort, Datum

Unterschrift