

# AUFNAHMEBOGEN

## Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und sorgfältig. Kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und in anonymisierter Form für die Qualitätssicherung in unserer Ambulanz elektronisch gespeichert. Bei mit \* gekennzeichneten Fragen handelt es sich um Pflichtangaben. Vielen Dank!

IFT Psychotherapeutische  
Ambulanz GmbH  
Leopoldstr. 175  
80804 München

NAME\*

---

VORNAME\*

---

GEBURTSDATUM\*

---

GESCHLECHT\*

weiblich  männlich  divers

GEBURTSORT\*

---

STAATSANGEHÖRIGKEIT\*

---

STRASSE\*

---

PLZ, ORT\*

---

TELEFON PRIVAT\*

---

DIENSTLICH

---

HANDY\*

---

E-MAIL

---

NAME UND TELEFON DES NÄCHSTEN ANGEHÖRIGEN (FÜR NOTFÄLLE):

---

**Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der IFT-Ambulanz außerhalb der Termine mit mir über folgende Kommunikationswege kommunizieren bzw. Kontakt aufnehmen:**

- Telefon (Festnetz)
- Telefon (mobil)
- SMS (Standardprogramme, keine Verschlüsselung, nicht end-to-end-verschlüsselt)
- E-Mail (Standardprogramme, keine Verschlüsselung, nicht end-to-end-verschlüsselt)
- Brief
- Nachrichten auf Anrufbeantworter (Festnetz-privat)
- Nachrichten auf Anrufbeantworter (mobil)

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die o.g. Kommunikationswege, insbesondere E-Mail, nicht sicher vor Zugriffen unbefugter Dritter sind.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich bin mir bewusst, dass etwaig erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungen jederzeit von mir mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können.

ORT, DATUM



UNTERSCHRIFT

**1. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?**

- ledig
- verheiratet
- wiederverheiratet
- geschieden
- verwitwet

**2. Wie ist Ihre aktuelle Partnersituation?**

- keine/n Partner/in
- wechselnde Partner/innen
- feste/r Partner/in (zusammenlebend)
- feste/r Partner/in (getrennt lebend)

**3. Haben Sie Kinder? (eigene oder adoptierte)**

- ja
- nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Wie heißen Ihre Kinder und wie alt sind sie?

---

---

---

**4. In wessen Haushalt leben Sie aktuell?**

**eigener Haushalt**

- mit Partner
- mit eigener Familie
- allein

**Wohngemeinschaft**

- privat
- therapeutisch
- betreut

im Haushalt der Eltern

Sonstiges:

---

**5. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- noch in der Schule
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss/mittlere Reife
- Abitur/Fachhochschulreife
- Kein Schulabschluss
- Sonstiger Schulabschluss:

---

**6. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?**

- noch in Berufsausbildung
- Ausbildung
- Meister, Fachschule
- Universität, Fachhochschule
- Ohne Berufsabschluss
- Sonstiger Schulabschluss:

---

**7. Bitte benennen Sie Ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit und kreuzen Sie dann die dazu passende Kategorie an.**

Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit:

---

- (un-/angelernter) Arbeiter/in
- Facharbeiter/in
- Angestellte/r oder Beamte/r
- Selbstständige/r
- Auszubildende/r
- (noch) nie erwerbstätig gewesen
- Sonstiges:

---

**8. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?**

- ja, ganztags
- ja, mindestens halbtags
- ja, weniger als halbtags
- ich bin Hausfrau/-mann
- nein, ich bin in Ausbildung/Umschulung
- nein, ich bin arbeitslos/ohne Beschäftigung
- nein, ich erhalte Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente
- nein, ich erhalte Altersrente
- nein, ich bin anders beschäftigt

---

**9. Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer psychischen Verfassung beim Arzt?**

\_\_\_\_\_ Mal

**10. An wie vielen Tagen sind Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer psychischen Verfassung nicht zur Arbeit gegangen?**

\_\_\_\_\_ Mal

**11. Angaben zur Krankenkasse\***

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- selbst versichert
- Familienmitglied

**wenn als Familienmitglied mitversichert**

Name des/r Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

**12. Angaben zur Therapie**

**Wie wurden Sie auf die Ambulanz des IFT aufmerksam?**

- Psychiater/in: \_\_\_\_\_
- anderer Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_
- Klinik: \_\_\_\_\_
- Psychotherapeut/in: \_\_\_\_\_
- Freunde/Bekannte
- Internet
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Haben Sie schon einmal eine ambulante oder stationäre Psychotherapie durchgeführt?**

- ja
- nein

Wenn ja: wann und bei wem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit aller oben gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
ORT, DATUM



\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT