





7. Erhalten Sie weitere Therapien (z. B. Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie)?

---

---

---

---

---

8. Sind Sie schon einmal stationär oder ambulant psychiatrisch, neurologisch oder psychotherapeutisch behandelt worden?

nein       ja

Wenn ja, wo?

---

---

---

---

---

9. Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

nein       ja

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

10. Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft neurologische oder psychische Erkrankungen?

nein       ja

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

11. Sonstige Angaben:

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

nein

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Rauchen Sie?

nein

ja, ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

nein

ja

Sind Sie schwanger?

nein

ja

Leiden Sie in letzter Zeit unter ungewollten Appetit-/Gewichtsverlust?

nein

ja

12. Angaben zur familiären, sozialen und beruflichen Situation:

Welche Berufsausbildung/welchen Studienabschluss haben Sie?

---

Welchen Beruf üben Sie aus?

---

Sind Sie arbeitslos/berentet?

nein

arbeitslos

berentet

Haben Sie einen Antrag auf Berentung und/oder einen Schwerbehindertenausweis?

nein

ja

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?

nein

ja, seit \_\_\_\_\_

Familienstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

nein

ja

Wenn ja, bitte Namen und Telefon-Nummer, Betreuungsbereich sowie Aktenzeichen angeben:

---

---

Gibt es jemanden, dem Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt haben?

nein

ja