



Ich möchte Sie bitten, trotz des Umfangs möglichst alle Fragen sorgfältig, gewissenhaft und ausführlich zu beantworten. Sie helfen mir damit, die vielfältigen möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen zu verstehen und einzuordnen und somit eine Grundlage zu schaffen, mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Die Datenerhebung dient sowohl der Vorbereitung auf die psychotherapeutische Behandlung als auch als Grundlage für den Antrag zur Kostenübernahme der Krankenkasse. Sollte Ihnen jedoch eine Frage zu persönlich sein, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten.“ Selbstverständlich werden Ihre Daten streng vertraulich behandelt.

Patientenbogen

I. Angaben zum/r Patienten/in

Datum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Geschlecht:

w m d

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefon / Handy

Schule / Ausbildungsstelle / Beruf

Schulklasse / Ausbildungsjahr

Krankenkasse

Versichert über:

Vater Mutter Selbst

Hausarzt

Patient/in lebt bei:

alleinlebend

in Ehe / mit Partner(in)

am Studienort lebend

beiden Eltern

leibl. Mutter

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



leibl. Vater

Verselbständigung

Reha-/Therapieeinrichtung

Notunterkunft

kein fester Wohnsitz

bei anderen Personen/Verwandten: _____

Wohngemeinschaft mit (Anzahl): _____

Sonstige: _____

II. Entwicklung des Problemverhaltens / Vorstellungsgrund

a) Weswegen suchen Sie Hilfe? Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden/Probleme:

b) Seit wann bestehen die Beschwerden/Probleme?

c) Wann treten die Beschwerden besonders auf? (Bitte ankreuzen)

morgens	mittags	abends	nachts
fast immer	oft	manchmal	selten

Ergänzung:

d) Wie haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? (besser / schlechter / gleich)

e) Gab es ein bestimmtes auslösendes Ereignis?

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



f) Was haben Sie bisher unternommen, um die Probleme zu bewältigen?

g) Was hat davon geholfen, was nicht?

h) Gibt es Situationen/Bedingungen, unter denen die Beschwerden besser werden?

i) Gibt es Situationen/Bedingungen, unter denen die Beschwerden schlechter werden?

j) Wie beeinflussen die Beschwerden Ihren Alltag (Schule/Ausbildung/Beruf, Freizeit, Beziehungen)?

k) Waren Sie wegen dieser oder ähnlicher Beschwerden schon einmal in Behandlung?

Ja Nein

l) Falls ja: wann, wo, bei wem, wie lange, welche Art der Behandlung? Ergebnis?

m) Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher/psychiatrischer Behandlung?

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Ja Nein

Falls ja, bei wem/weshalb:

n) Was erhoffen/erwarten Sie sich von der Therapie?

III. Verhalten und Eigenschaften

Bitte unterstreichen Sie die Eigenschaften, die auf Sie zutreffen:

ängstlich · aggressiv · angespannt · antriebslos · appetitlos · aufbrausend · bedrückt · depressiv · einsam · eifersüchtig · empfindlich · energielos · entscheidungsschwach · erschöpft · gereizt · grübelnd · hoffnungslos · humorlos · impulsiv · interesselos · isoliert · konzentrationsschwach · kontaktfreudig · launisch · leistungsschwach · minderwertig · misstrauisch · müde · mutlos · nervös · ordentlich · passiv · pedantisch · perfektionistisch · pflichtbewusst · rastlos · reizbar · ruhelos · rücksichtsvoll · schüchtern · selbstbewusst · selbstkritisch · selbstunsicher · sensibel · sorgenvoll · sozial unsicher · streitlustig · traurig · überangepasst · überlastet · unausgeglichen · ungeduldig · unkonzentriert · unselbständig · verbittert · vergesslich · verschlossen · verträumt · verzweifelt · weinerlich · wütend · zurückgezogen · zwanghaft · Panik · Essstörung · Suchtverhalten · Selbstverletzung · Schlafstörung · Zwangsgedanken · Zwangshandlungen · Körperbeschwerden ohne med. Befund · Stimmungsschwankungen

Welche der genannten Eigenschaften belasten Sie am meisten?

Welche positiven Eigenschaften/Stärken haben Sie?

IV. Vorerkrankungen

a) Bestehen/bestanden bei Ihnen chronische oder schwere körperliche Erkrankungen?



b) Operationen (wann, welche)?

c) Krankenhausaufenthalte (wann, Grund, Dauer)?

d) Gab es im Kindes-/Jugendalter auffällige Verhaltensweisen?

Bitte ankreuzen, was zutraf:

Ernährungsstörung

Nächtliches Aufschrecken

Schlafwandeln

Einnässen

Einkoten

Daumenlutschen

Nägelkauen

Haarausreißen

Wutanfälle

Stottern

Tics

Sonstige:

e) Hatten/haben Sie Krampfanfälle oder Ohnmachten?

Ja Nein

Falls ja, wann/wie oft:

f) Bestehen Sinnesbeeinträchtigungen?

Sehschwäche

Hörschwäche

Bewegungsstörung

Erläuterung:

g) Chronische Erkrankungen?

Ja Nein

Falls ja, welche:

h) Gibt es in der Familie psychische Erkrankungen?

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Ja Nein

Falls ja, welche/bei wem:

Gibt es in der Familie Allergien?

Ja Nein

Falls ja, welche:

i) Bestand/besteht Förderbedarf?

Logopädie:

Ergotherapie:

Sonstiges:

j) Aktuelle Medikation:

Medikament

seit

Dosierung

k) Frühere psychotherapeutische/psychiatrische Behandlungen?

l) Suchtmittelkonsum:

Alkohol:

Menge pro Tag/Woche

seit

Art/Dosierung

Nikotin:

Menge pro Tag

seit

Art

Sonstige Drogen:

Substanz / Menge

seit

Häufigkeit

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



V. Vorgeschichte / Angaben zur Herkunftsfamilie

Mutter

Name

Geburtsdatum / Alter

Beruf

Staatsangehörigkeit

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter:

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter:

Drei typische Sätze, die Ihre Mutter sagen würde:

1.

2.

3.

Erziehungsstil der Mutter:

autoritär

permissiv

vernachlässigend

autoritativ

Wie ging Ihre Mutter mit Lob und Strafen um?

Vater

Name

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FIRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Geburtsdatum / Alter

Beruf

Staatsangehörigkeit

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters:

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Vater:

Drei typische Sätze, die Ihr Vater sagen würde:

1.

2.

3.

Erziehungsstil des Vaters:

autoritär

permissiv

vernachlässigend

autoritativ

Wie ging Ihr Vater mit Lob und Strafen um?

Das Zusammenleben

Die häusliche Atmosphäre war / ist:

harmonisch

angespannt

wechselhaft

konfliktreich

liebvoll

distanziert

gewaltsam

ängstlich

Beziehungsstatus der Eltern:

verheiratet / zusammen

getrennt / geschieden

verwitwet

nie zusammengelebt

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FIRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Sarah Moroff

PSYCHOTHERAPIE · KINDER & JUGENDLICHE

Sarah Moroff · Halbinselstraße 43 · 88142 Wasserburg

Trennung/Scheidung: Wann? Wie alt waren Sie?

Wichtigste Bezugspersonen in der Kindheit

Geschwister:

Name	Alter/Geb.	Beruf	Beziehung zu Ihnen
------	------------	-------	--------------------

Umzüge in der Kindheit/Jugend:

Wann (Alter)	Von	Nach	Grund
--------------	-----	------	-------

Besondere Belastungen/Erlebnisse in der Kindheit/Jugend:

V (Forts.). Öffentliche Bildungswege

Besuchte Einrichtungen:

Kindergarten:

Ja Nein

Von – bis (Alter)

Auffälligkeiten

Grundschule:

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Sarah Moroff

PSYCHOTHERAPIE · KINDER & JUGENDLICHE

Sarah Moroff · Halbinselstraße 43 · 88142 Wasserburg

Name / Ort

Von – bis

Auffälligkeiten / Leistung

Weiterführende Schule:

Name / Schulart / Ort

Von – bis

Abschluss

Auffälligkeiten / Leistung

Schulwechsel (wann/warum)

Werdegang – Ausbildung:

Ausbildung / Beruf

Von – bis

Abschluss

Werdegang – Hochschule / Studium:

Hochschule / Studiengang

Von – bis

Abschluss

Religiosität / Spiritualität:

VI. Soziale Interaktionen

Freundschaften in der Kindheit:

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Beschreiben Sie Ihre Jugendzeit:

Sexualität:

Aufklärung: Wann? Durch wen?

Erste sexuelle Erfahrungen (Alter)

Gibt es Probleme/Belastungen im Bereich Sexualität?

Familienstand:

ledig in Partnerschaft verheiratet
getrennt geschieden verwitwet

Partnerschaft:

Name Partner/in

Seit wann zusammen

Beschreiben Sie Ihre Partnerschaft:

Kinder:

Name

Alter/Geb.

lebt bei

VII. Freizeitaktivitäten und Interessen

Hobbys / Interessen:

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Ihre Freizeit verbringen Sie vorwiegend:

allein:

mit Partner/in:

mit Verwandten:

mit Freunden:

Persönliche Ziele / Was ist Ihnen wichtig im Leben?

Bedeutende Personen in Ihrem Leben (aktuell):

VIII. Selbstbeschreibung

Wie würden Sie sich selbst beschreiben?

Wie würde Ihr/e Partner/in Sie beschreiben?

Wie würde ein guter Freund / eine gute Freundin Sie beschreiben?

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Wie würde jemand, der Sie nicht mag, Sie beschreiben?

Satzergänzungstest

Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze spontan und ohne lange nachzudenken:

1. Ich bin ...

2. Die Zukunft ...

3. Ich wünsche mir ...

4. Mein Vater ...

5. Ich fürchte ...

6. Andere Menschen ...

7. Als Kind ...

8. Meine Mutter ...

9. Ich ärgere mich ...

10. Ein idealer Mensch ...

11. Wenn ich älter werde ...

12. Mein Aussehen ...

13. Mein größter Fehler ...

14. Ich kann nicht ...

15. Mein Problem ...

16. In der Schule / bei der Arbeit ...

17. Frauen ...

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



18. Männer ...

19. Mein Körper ...

20. Am liebsten ...

21. Liebe ...

22. Ich hasse ...

23. Meine Freunde ...

24. Am meisten stört mich ...

25. Wenn ich allein bin ...

26. Meine Stärken ...

27. Sexualität ...

28. Meine Schwächen ...

29. Ich brauche ...

30. Meine schlimmste Erinnerung ...

31. Mein Glück ...

32. Mein größter Wunsch ...

33. Meine schönste Erinnerung ...

34. Ich bin stolz auf ...

35. Wenn ich traurig bin ...

36. Ich schäme mich ...

37. Gesundheit ...

38. Ich bin dankbar für ...

39. In 5 Jahren ...

40. Das Leben ...

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Sarah Moroff

PSYCHOTHERAPIE · KINDER & JUGENDLICHE

Sarah Moroff · Halbinselstraße 43 · 88142 Wasserburg

Motivation

Was hat Sie motiviert, sich um einen Therapieplatz zu bemühen?

eigener Wunsch

Empfehlung des Arztes

Empfehlung von Angehörigen/Freunden

Arbeitgeber / Schule / Ausbildungsstelle

Sonstiges:

Was erwarten Sie von der Therapie? Was soll sich verändern?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF