



Psychotherapie Kramer

Praxis für Psychotherapie Kramer
Dipl.-Psych. Andy Kramer
Bahnhofstraße 18
88677 Markdorf
info@kramer-psychotherapie.de
Tel: 07544/7539667
Fax: 07544/7539668

Erstauskunftsbogen

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum..... Geburtsort.....

Adresse.....

Telefon..... Handy.....

E-Mail.....

Beruf..... Krankenkasse.....

Hausarzt.....

Körpergröße.....cm Körpergewicht.....kg

Familienstand ledig feste Partnerschaft verheiratet keine feste Beziehung
 getrennt lebend geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja, wieviele?

Berufstatus arbeitsfähig arbeitslos in Rente Erziehungsurlaub
 Hausfrau/Hausmann



Psychotherapie Kramer

Praxis für Psychotherapie Kramer
Dipl.-Psych. Andy Kramer
Bahnhofstraße 18
88677 Markdorf
info@kramer-psychotherapie.de
Tel: 07544/7539667
Fax: 07544/7539668

Bitte schildern Sie in Stichworten die Probleme, die zu dem Wunsch einer psychotherapeutischen Behandlung geführt haben:

.....
.....
.....
.....

Seit wann bestehen diese Probleme?

.....
.....

Wodurch wurden diese Probleme aus Ihrer Sicht ausgelöst?

.....
.....
.....
.....

Waren Sie deswegen schon in medizinischer und / oder psychotherapeutischer Behandlung?
Wenn ja, wann und wo?

.....
.....

In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt?

.....
.....
.....



Psychotherapie Kramer

Praxis für Psychotherapie Kramer
Dipl.-Psych. Andy Kramer
Bahnhofstraße 18
88677 Markdorf
info@kramer-psychotherapie.de
Tel: 07544/7539667
Fax: 07544/7539668

Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer körperlichen Gesundheit? Wenn ja, welcher Art sind diese Gesundheitsprobleme?

.....
.....

Seit wann bestehen diese Gesundheitsprobleme?

.....
.....

Bestehen anderweitige Grunderkrankungen, z.B. Bluthochdruck, Asthma, Diabetes, Allergien?

.....
.....

Sonstiges:

.....
.....
.....

Vielen Dank für Ihre Angaben!