KLIENTEN-BOGEN

Liebe Klientin, lieber Klient,
Bitte drucken Sie den Klienten-bogen und füllen Ihn handschriftlich und gut leserlich aus. Vielen Dank.
Sie können mir die Arbeit ein wenig erleichtern, indem Sie mir folgende Informationen geben:

KLIENTENDATEN	
Name:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Telefon Private/Mobil:	Geb. Datum:
Email:	Sonstiges:
Allergien	Medikamente, die gerade genommen werden
Familienstand	Kinderzahl
Erlernter Beruf	Zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Krankenversicherung		
☐ Privat	☐ Gesetzlich	☐ Beihilfe Beruf
Grund der angestrebten psychotherapeutischen Behandlung :		
Welche emotionalen/körperlichen Probleme haben Sie?		
Wann traten die Symptome erstmals auf?		
Gab es zur Zeit des erstmaligen Auftretens bedeutsame Ereignisse/Probleme in Ihrem Leben? Wie war die allgemeine Lebenssituation zu dieser Zeit?		
Wie reagiert Ihre Umwelt auf Ihre Probleme?		
Welche Folgen haben die geschilderten Probleme für Sie?		
Haben Sie schon eigene Lösungsversuche unternommen? Wenn ja , wann, bei wem und mit welchem Erfolg ?		
Gibt es aktuelle Behandlungsversuche?		

Angaben zur Herkunftsfamilie:

Angaben zum Vater

a) Alter
b) Beruf
c) Gesundheit, (falls verstorben- Todesursache)
d) Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?
e) Welche Beziehung haben/ hatten Sie zu Ihrem Vater?
f) Früher:
g) Heute:
h) Wie verhält/ verhielt sich Ihr Vater Ihnen gegenüber? Früher, Heute, seine Einstellungen Ihnen gegenüber ?

Angaben zur Mutter:

a) Alter
b) Beruf
c) Gesundheit, (falls verstorben- Todesursache)
d) Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?
e) Welche Beziehung haben/ hatten Sie zu Ihrer Mutter?
f) Früher:
g) Heute:
h) Wie verhält/verhielt sich Ihre Mutter Ihnen gegenüber? Früher, Heute, Ihre Einstellungen Ihnen gegenüber ?

Angeben zu den Geschwistern :

Zahl der Brüder/ Zahl der Schwestern/ Geschwisterfolge

Welche Beziehungen haben Sie zu Ihren Geschwistern? Früher, Heute?

Wie würden Sie im Wesentlichen die Atmosphäre Ihres Elternhaus oder dort, wo Sie aufgewachsen sind beschreiben?

Wie war das Verhältnis der Eltern untereinander?

Gab es noch andere wichtige Bezugspersonen (z.B. Großeltern) in Ihrem Leben?

Wann und aus welchem Anlass sind Sie aus dem Haus Ihrer Eltern ausgezogen?

Schulische und berufliche Entwicklung :
Bitte beschreiben Sie Ihren Ausbildungsverlauf von der Schule bis heute. (mit Jahresangaben)
Wie ist Ihre jetzige Berufssituation?
Fragen zur Partnerschaft und sonstigen sozialen Kontakten:
Haben Sie Schwierigkeiten, Beziehungen (z.B. Freundschaften) zu anderen Menschen aufzubauen oder aufrechtzuerhalten? Wenn ja, wie sehen diese aus und wann treten sie auf?
Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Wünsche / Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen? Wenn ja, wie sehen diese Schwierigkeiten aus? Wann treten sie auf?
In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut mit Ihrem Partner?
In welchen Bereichen haben Sie Schwierigkeiten miteinander?

Wie möchten Sie sich oder was möchten Sie in der Beziehung zu Ihrem Partner gerne verändern?
Welche guten bzw. schlechten Seiten sehen Sie an sich selber. Wie denken Sie, dass andere in Ihnen sehen?
Wie würden Sie Ihre Einstellungen zu Lust und Sexualität beschreiben? Wie sehr denken Sie sind diese Einstellungen von früheren Erfahrungen geprägt ? Welche Rolle spielen dabei Ängste und /oder Schuldgefühle?
Allgemeine, für die therapeutische Behandlung wichtige Frage:
In welcher körperlichen Region haben oder hatten Sie Beschwerden und welcher Art waren diese? a) Kopf, inkl. Augen, Ohren, Kiefer, Zähne etc. b) Hals, inkl. Nacken c) Brust, Arme, inkl. Herz, Lunge, Atmung, Schultern etc. d) Bauch, inkl. Innere Organe e) Becken und Beine, inkl. Unterer Rücken, Genitalien, Sexualität, Menstruation etc.
Haben Sie Suchtprobleme oder gab es in Ihrer Vergangenheit welche? Wenn ja, in welcher Art ?
Gab es in Ihrem Leben Missbrauchssituationen? a) Sexuell b) Emotional

Gab es in Ihrem Leben Suizidversuche? (Wenn ja, bitte mit Jahresangaben)
Hatten Sie schon einmal psychotische Episoden oder waren Sie je in psychiatrischer Behandlung ?
Allgemeine Fragen zur Lebenssituation:
Wie ist Ihre jetzige Wohnsituation?
Wie ist Ihre wirtschaftliche Lage?
Stehen aktuell wichtige Veränderungen in Ihrem Leben an ?
Weiter wichtige Mitteilungen, die Ihrer Meinung nach für die Therapie von Bedeutung sind .
Zeichnen Sie sich so, wie Sie sich in Ihrer momentanen Lebenssituation wahrnehmen. Muss kein Kunstwerk sein, Strichmännchen genügt.

Danke …

☐ Operationen

☐ Unfälle

☐ Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten KRANKHEITEN?

☐ Bandscheibenschaden	☐ M. Bechterew
☐ Arthrosen	☐ Ischialgie
☐ Osteoporose	☐ Migräne
☐ Kopfschmerz	☐ Venenleiden
☐ Herz-Kreislauferkrankungen	☐ Tumor
☐ Magen-Darm-Probleme	☐ Diabetes
☐ Allergien	☐ Sonstiges

Ich informiere Sie hiermit :

- dass die von Ihnen gewünschten Leistungen von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden
- dass die private Krankenversicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe die entstehenden Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise übernimmt
- dass die entstehenden Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und/oder
- Beihilfeleistungen innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt in voller Höhe von Ihnen zu begleichen sind.

Hinweis: Wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie mich bitte 24 Std. vorher – ansonsten muss ich Ihnen diesen leider in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum Unterschrift

Heilpraktiker Jacobus Reyers
Ludwigstraße 9 | 86316 Friedberg | Mobil: 0170/5254043 | info@jacobus-reyers.de