

**Dr. med. Dipl.-Psych. Ramona Vetter**  
**Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Fleck-Vetter**  
Fachärzte für Allgemeinmedizin  
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Diplom-Psychologen, Kognitive Verhaltenstherapie



Leopoldstraße 13  
76530 Baden-Baden  
Tel.: (07221) 2 70 60  
Fax: (07221) 27 06-28  
[praxis@dr-vetter.de](mailto:praxis@dr-vetter.de)

, den \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten zu unserer Psychotherapiesprechstunde kommen. Eine Psychotherapiesprechstunde dient u.a. dazu, die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung abzuklären. Damit wir uns schon vorab ein Bild Ihrer Probleme machen können, senden wir Ihnen diesen Fragebogen mit der Bitte, ihn unverzüglich auszufüllen und zurückzusenden.

Bevor Sie sich aber diese Mühe machen, beachten Sie dabei bitte auch, dass wir immer **viel mehr Anfragen als Sprechstundentermine** haben. Um dabei möglichst **gerecht** zu verfahren, müssen wir **diejenigen Patienten zuerst berücksichtigen, die in akuter Not sind** und noch nie eine Behandlung hatten.

Es kann also durchaus möglich sein, dass wir Ihnen nach Sichtung aller vorliegenden Anfragen doch keinen Termin anbieten können. Für diesen Fall bitten wir schon jetzt um Ihr Verständnis.

**Bitte fragen Sie nicht telefonisch nach, denn Sie erhalten von uns in jedem Fall einen schriftlichen Bescheid, in der Regel binnen 2 Wochen.**

#### **Hinweis:**

Je sorgfältiger Sie diesen Fragebogen ausfüllen, desto besser können wir Ihre Probleme verstehen. Bitte **per Post zusenden oder vorbeibringen**, aus Datenschutzgründen bitte nicht als eMail versenden, eMails sind **nicht sicher!**

Bitte senden Sie uns mit diesem ausgefüllten Fragebogen auch eine **Überweisung Ihres Hausarztes** mit. Er wird von uns über das Procedere informiert.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dipl.-Psych. Ramona Vetter  
Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Fleck-Vetter

## Problemfragebogen

Ihr Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem Hausarztvertrag (AOK, BKK, DAK) teil?  J /  N

Hausarzt: \_\_\_\_\_

1. Was belastet Sie, was sind Ihre Probleme?

2. Welche körperlichen und seelischen Symptome stellen Sie auf Grund dieser Probleme bei sich fest? Wie ist die Konzentration, der Schlaf, die Lebensfreude etc.?

3. Hatten Sie früher schon einmal ähnliches erlebt, hatten Sie schon einmal eine Psychotherapie gehabt oder waren Sie deswegen in einem Krankenhaus/Kur? In diesem Fall bitte, wenn möglich, den Entlassungsbericht beifügen.

4. Welche Medikamente nehmen Sie?

5. Welche weiteren Lösungsversuche haben Sie schon unternommen wie z.B. Selbsthilfegruppe ?

5. Was erwarten Sie von einer Therapie, was sind Ihre Ziele?

6. Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation? Sind Sie alleinlebend, verheiratet, geschieden? Sind Sie berufstätig, was arbeiten Sie oder sind Sie arbeitslos oder arbeitsunfähig? Wenn arbeitsunfähig, wie lange schon und wegen welcher Erkrankung?

7. Welche sonstigen Belastungen und Erkrankungen haben Sie? Sind Sie schon einmal operiert worden?

8. Wer hat Sie zur Psychotherapie motiviert? Bitte ankreuzen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsamt         | <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsträger |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse       | <input type="checkbox"/> Hausarzt                  |
| <input type="checkbox"/> Angehörige/Freunde | <input type="checkbox"/> Sie selbst                |

Bitte senden Sie uns mit diesem ausgefüllten Fragebogen auch eine Überweisung Ihres Hausarztes mit. Er wird von uns über das Procedere informiert.