



Kurzfragebogen

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Kontakt

Telefon: _____

Mobil: _____

Bei Erwachsenen

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Haben Sie bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen? Welche? Bei wem? In welchem Zeitrahmen?

Bei Kindern/Jugendlichen

Schule: _____

Klasse: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Angaben zum Anliegen (in Stichpunkten)

Meine
Beschwerden:

Meine Ziele:

Angaben zum Anliegen

Zu welchen Zeiten und an welchen Wochentagen, können Sie Therapietermine wahrnehmen?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> 9.00 Uhr - 12.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> 13.00 Uhr - 16.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> nach 16.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Freitag | |

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____