

Sehr geehrte Patient:innen,

bevor wir Sie auf unsere Warteliste aufnehmen oder Ihnen einen Termin in unserer psychotherapeutischen Sprechstunde anbieten können, bitten wir Sie darum, den beiliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir für Sie die richtige Anlaufstelle sind und um das erste Gespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorbereiten zu können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an die folgende E-Mail-Adresse zurück:  
[hochschulambulanz@medicalschooll-berlin.de](mailto:hochschulambulanz@medicalschooll-berlin.de).

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit. Nach Eingang und Prüfung Ihrer Angaben werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen, um das weitere Vorgehen zu besprechen, sofern eine Behandlung in unserer Ausbildungs- und Hochschulambulanz möglich erscheint.

Mit freundlichen Grüßen,  
Ihr Ambulanzteam

Persönliche Angaben	
Datum	
Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Wohnsituation	Ist Ihr Lebensmittelpunkt in den nächsten 1 - 2 Jahren in Berlin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ist Ihre Wohnsituation stabil und langfristig gesichert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Fremdunterbringung, Adresse:
Kontaktinformationen	
Telefonnummer	
Mobilnummer	
Emailadresse	
Versicherungsinformationen	
Krankenkasse	
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat
Gesundheitszustand	
Erkrankungen	
Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Name, Dosis, Häufigkeit):
Barrierefreiheit	Barrierefreiheit benötigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Arbeitsfähigkeit	
Krankschreibung	Sind Sie derzeit krankgeschrieben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
Berentung	Besteht eine Berentung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: <input type="checkbox"/> Rentenantrag gestellt <input type="checkbox"/> Ja, befristet bis:
Vorerfahrungen mit Psychotherapie	
Behandlungsstatus	Sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Termin erst nach Behandlungsende möglich)
Frühere Psychotherapien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann?
Frühere Erstgespräche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann und wieviele?
Rahmen und Anzahl der Behandlungen	<input type="checkbox"/> Stationär, Anzahl: <input type="checkbox"/> Ambulant, Anzahl:

<b>Behandlungsempfehlung durch Supervisor:in</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, durch folgende:n Supervisor:in:			
<b>PTV11</b>	Haben Sie nach einem früheren Erstgespräch einen PTV11 Bogen erhalten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ( <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> TP, Verdachtsdiagnose? )			
<b>Gutachten</b>	Haben Sie ein gutachterliches Anliegen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte kurz erläutern):			
<b>Abhängigkeitsanamnese</b>				
<b>Nikotin</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Menge, Häufigkeit):			
<b>Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Menge, Häufigkeit):			
<b>Cannabis</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Menge, Häufigkeit):			
<b>Andere Substanzen/nicht verschriebene Medikation</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Name, Menge, Häufigkeit):			
<b>Abhängigkeitsthematik</b>	Sind Sie jemals in Ihrem Leben von anderen darauf angesprochen worden, dass Sie zu viel trinken, oder dass Sie Probleme mit Alkohol oder einer anderen Substanz haben? Oder hatten Sie selbst den Eindruck, dass Sie Ihr Trinken / Ihren Konsum nicht mehr kontrollieren konnten und eigentlich mehr konsumiert haben, als Sie ursprünglich wollten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
<b>Abstinenz</b>	<input type="checkbox"/> Ich bin abstinent seit: <input type="checkbox"/> Ich möchte abstinent sein <input type="checkbox"/> Ich bin nicht abstinent <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht abstinent werden <b>Bitte beachten Sie, dass eine ambulante Psychotherapie im Falle einer Abhängigkeitsthematik nur dann möglich ist, wenn zu Beginn der Therapie oder im frühen Therapieverlauf Abstinenz nachgewiesen wird. Sie müssen bereit sein, Ihre Abstinenz auf eigene Kosten durch einen ärztlichen Befund zu belegen.</b>			
<b>Aufklärung</b>				
<p>Ich bestätige, dass ich darüber informiert und einverstanden bin, dass sowohl die psychotherapeutische Hochschulambulanz der MSB (Forschung und Lehre) als auch die Ausbildungsinstitutsambulanz des MSB-IPB (Ausbildung) Ausbildungs- und Lehrambulanzen sind. Diese beiden Einrichtungen nutzen gemeinsam die gleichen Räumlichkeiten und kooperieren eng miteinander.</p> <p><b>Bitte das Zutreffende ankreuzen:</b></p> <p><b>Behandlung durch Psychotherapeut:in in Ausbildung</b>  Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass meine Psychotherapie bei einem/einer Psychotherapeut:in in Ausbildung stattfindet, der/die sich in der Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in oder psychologischen Psychotherapeut:in befindet. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die laufenden Therapien durch den/die jeweilige:n Supervisor:in, einzeln und in einer Supervisionsgruppe, und die Ambulanzleitung ggf. auch durch eine:n Ausbildungsleiter:in supervidiert werden.  <input type="checkbox"/> Einverstanden <input type="checkbox"/> Nicht einverstanden</p> <p><b>Nutzung von Videoaufnahmen</b>  Die fachlich qualifizierte Behandlung durch eine:n Ausbildungstherapeut:in wird durch regelmäßige, obligatorische Supervision sichergestellt. Dafür können ggfs. Videoanalysen der Therapiesitzungen genutzt werden. Auch in diesem Rahmen wird selbstverständlich streng auf die geltenden Datenschutzbestimmungen geachtet. Die Aufzeichnungen werden nicht an Dritte weitergegeben und in regelmäßigen Abständen gelöscht. Wenn Videoaufnahmen angefertigt werden sollen, wird zuvor ein gesondertes ausführliches Aufklärungsgespräch geführt, bei dem Sie Ihr Einverständnis geben oder entziehen können.  Ich bin prinzipiell damit einverstanden, dass ggf. Videoaufnahmen von der Behandlung zu supervisorischen Zwecken angefertigt werden.  <input type="checkbox"/> Einverstanden <input type="checkbox"/> Nicht einverstanden</p> <p><b>Behandlung durch approbierte:n Psychotherapeut:in</b>  Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass ich zu Lehr- und Ausbildungszwecken von einem/einer erfahrenen approbierten Psychologischen Psychotherapeut:in behandelt werde und dass eine Kleingruppe angehender Psychotherapeut:innen diese Therapie unter der Aufsicht meines/meiner Psychotherapeut:in hinter einer Einwegspiegelscheibe begleitet.  <input type="checkbox"/> Einverstanden <input type="checkbox"/> Nicht einverstanden</p> <p><b>Durchführung von Testverfahren</b>  Ich bin darüber informiert worden und bin damit einverstanden, dass zu Supervision und Qualitätssicherung Testverfahren durchgeführt oder im Rahmen von Forschungszwecken erhoben werden, für die ich gesondert mein Einverständnis gebe und jederzeit wieder entziehen kann.  <input type="checkbox"/> Einverstanden <input type="checkbox"/> Nicht einverstanden</p>				
<b>Terminliche Verfügbarkeit</b>				
<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>
<input type="checkbox"/> Vormittag: 08.00 - 11.00 <input type="checkbox"/> Mittag: 12.00 - 15.00 <input type="checkbox"/> Nachmittag: 16.00 - 19.00 <input type="checkbox"/> Flexibel	<input type="checkbox"/> Vormittag: 08.00 - 11.00 <input type="checkbox"/> Mittag: 12.00 - 15.00 <input type="checkbox"/> Nachmittag: 16.00 - 19.00 <input type="checkbox"/> Flexibel	<input type="checkbox"/> Vormittag: 08.00 - 11.00 <input type="checkbox"/> Mittag: 12.00 - 15.00 <input type="checkbox"/> Nachmittag: 16.00 - 19.00 <input type="checkbox"/> Flexibel	<input type="checkbox"/> Vormittag: 08.00 - 11.00 <input type="checkbox"/> Mittag: 12.00 - 15.00 <input type="checkbox"/> Nachmittag: 16.00 - 19.00 <input type="checkbox"/> Flexibel	<input type="checkbox"/> Vormittag: 08.00 - 11.00 <input type="checkbox"/> Mittag: 12.00 - 15.00 <input type="checkbox"/> Nachmittag: 16.00 - 17.00 <input type="checkbox"/> Flexibel