



Datum & Zeit:

Referenz:

ERSTAUFNAHME-FORMULAR

Vorname:

Nachname:

Adresse:

Home Tel:

Arbeit Tel:

Mobile Tel:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Alter:

Zivilstand:

Beruf:

Engste Beziehungen:

Hobbies und Interessen:

Stärken, was mag ich am meisten an mir:

So entspann ich mich am liebsten:

Hier entspann ich mich am liebsten:

Hier ist mein sicherster Ort:

Medizinische Details:

Hausarztpraxis:

Darf sie kontaktiert werden? Ja Nein

Wichtige medizinische / psychische Details:

Aktuelle Gesundheit und Medikamente (inkl. rezeptfreier Medikamente und Naturheilmittel):

Andere alternative Therapien:

Alkohol-Konsum: kein moderat vielRaucher/in: Ja NeinDrogen-Konsum: kein moderat viel