

Herzlich willkommen an der CIP Ambulanz!

Um besser einschätzen zu können, ob Ihre aktuelle Symptomatik bei uns angemessen behandelt werden kann, füllen Sie bitte diesen Aufnahmebogen aus und senden ihn entweder per Mail an [ambulanz@cip-akademie.de](mailto:ambulanz@cip-akademie.de) oder per Post an **CIP Ambulanz, Rotkreuzplatz 1, 80634 München.**

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzbestimmungen.

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
<b>Kontakt</b>	
Festnetz	
Mobilfunknummer	
Besprechen erlaubt?	Anrufbeantworter? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden      Mailbox? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
E-Mail	
<b>Beruf:</b>	
<b>Familienstand:</b>	
<b>Anzahl der Kinder:</b>	
<b>Gesetzliche Krankenkasse:</b>	

**Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Suizidgedanken?**  Nein  Ja      Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie die Gedanken kurz: \_\_\_\_\_

**Haben Sie jemals einen Suizidversuch begangen?**  Nein  Ja      Wann? \_\_\_\_\_

**Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?**  Nein  Ja      Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz: \_\_\_\_\_

Wie regelmäßig kommt es vor? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  Nein  Ja

Was trinken Sie und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Drogen?**  Nein  Ja

Was konsumieren Sie und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Nein  Ja

Wie viel konsumieren Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Seit wann?	Bis wann?
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte PT <input type="checkbox"/> Psychoanalytische PT <input type="checkbox"/> Systemische PT <input type="checkbox"/> Therapieverfahren ist mir nicht bekannt		
<b>Teilstationäre Behandlung</b>			
<b>Vollstationäre Behandlung</b>			

Waren Sie in der Vergangenheit in ambulanter und/oder (teil-)stationärer Psychotherapie?  Nein  Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Wann?
<b>Ambulante Psychotherapie</b>		
<b>Teilstationäre Behandlung</b>		
<b>Vollstationäre Behandlung</b>		

Zu welchen Zeiten ist es Ihnen möglich, für die Dauer einer Therapie (ca. 6 – 12 Monate) einen fixen wöchentlichen Termin wahrzunehmen?

- Montag \_\_\_\_\_
- Dienstag \_\_\_\_\_
- Mittwoch \_\_\_\_\_
- Donnerstag \_\_\_\_\_
- Freitag \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:**

**Ein Termin zur Sprechstunde ist gesetzlich vorgeschrieben und dient der Abklärung des Therapiebedarfs. Der Termin zur Sprechstunde ist keine Zusage für einen Therapieplatz.**

Falls es zu einer Vermittlung innerhalb unserer CIP Ambulanz kommt, werden die therapeutischen Sitzungen auf Video aufgenommen. Das Verfahren unterliegt strengen Datenschutzgesetzen und dient ausschließlich den TherapeutenInnen zu Ausbildungszwecken. Sie werden über die Verwendung umfassend informiert

**Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:**

- **E-Mail:** Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, d.h. der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen dort auch Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.
- **SMS:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.
- **WhatsApp:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über WhatsApp einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Die Inhalte der zwischen über WhatsApp ausgetauschten Nachrichten sind verschlüsselt und können nicht von Dritten, insbesondere nicht durch das Unternehmen WhatsApp, gelesen werden. Allerdings können die weiteren Umstände der Kommunikation (sogenannte Meta-Daten), z.B. wann Sie uns eine Nachricht geschrieben haben, von Dritten ausgewertet werden. Nähere Informationen erhalten Sie in den Datenschutzzinformationen von WhatsApp. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine Nachrichten über WhatsApp mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (bitte mind. 1 auswählen):

 E-Mail Festnetz Mobilfunknummer

Für die Kommunikation mit meiner/m internen WeiterbehandlerIn während der Psychotherapie bin ich darüber hinaus zusätzlich mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

 SMS WhatsApp

---

Ort, Datum

---

Unterschrift PatientIn

**Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)**

Mit der Weitergabe der Informationen und Daten aus der Sprechstunde an die/den interne/n WeiterbehandlerIn bin ich einverstanden. Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Therapieplatzes.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift PatientIn