

Bitte geben Sie an, welche Art der Behandlung Sie wünschen			
Psychotherapie	<input type="radio"/>		
Psychologische Beratung	<input type="radio"/>		
Präventionsgruppen	<input type="radio"/>		
Verkehrspsychologische Behandlung	<input type="radio"/>		
Wegen welcher Problematik (bitte umkreisen) ?		Alkohol	Drogen
			Punkte
Sonstiges	<input type="radio"/>		
Bitte schildern Sie kurz, weswegen Sie die oben genannte Behandlung wünschen			
Befinden Sie sich aktuell wegen diesen Gründen bereits anderweitig in Behandlung ?			
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Wenn Ja, wo, beim wem ?	
Angaben zu Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme und Vorbehandlungen			
Haben Sie unter schweren, ernsthaften Erkrankungen gelitten ?			Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, unter welchen und wann ?			
Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein ?			Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, welche sind dies ?			
Waren Sie bereits früher in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder Klinik ?			Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, wann, wo und weshalb war das ?			
Habe ich irgendetwas Wichtiges vergessen ? Dann ergänzen Sie bitte !			
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !			