



Dr. med. univ. Stefan Schmidinger  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Vogelsangstrasse 7  
8006 Zürich  
drschmidinger@hin.ch  
www.holisticpractice.ch  
ZSR: P3049.31

## Anmeldeformular ambulante Psychotherapie/Psychiatrie

Datum: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w  d

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Ist es in Ordnung, Sie zu kontaktieren?  ja  nein

E-Mail: \_\_\_\_\_ Ist es in Ordnung, Sie zu kontaktieren?  ja  nein

(für E-Mail bitte Einverständniserklärung letzte Seite unterzeichnen)

Wie haben Sie über unsere Praxis erfahren? \_\_\_\_\_

Grund warum Sie Therapie aufsuchen wollen? Bitte beschreiben Sie kurz die Probleme, die Sie haben.

---

---

---

---

Was erhoffen Sie sich durch die Behandlung zu erreichen?

---

---

---

Wie gehen Sie mit Stressoren um und/oder bewältigen Sie die von Ihnen beschriebenen Probleme?

---

---

---

Sind Sie aktuell bereits in Therapie?  ja  nein

Falls ja, wann, mit wem und wie lange? \_\_\_\_\_

Waren Sie jemals in stationärer psychiatrischer Behandlung?  ja  nein

Sind Sie aufgrund Ihres Leidens aktuell arbeitsunfähig?  ja  nein

Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_

- Missbrauch/Trauma - körperlich, sexuell, emotional, Vernachlässigung
- Aggression, Gewalt
- Alkoholkonsum
- Wut, Feindseligkeit, Streitereien, Reizbarkeit
- Ängstlichkeit, Nervosität
- Aufmerksamkeit, Konzentration, Ablenkbarkeit
- Berufliche Sorgen, Ziele und Entscheidungen
- Probleme in der Kindheit
- Co-Abhängigkeit
- Verwirrung
- Zwänge und/oder Obsessionen (Gedanken oder Handlungen, die sich wiederholen)
- Entscheidungsfindung, Unentschlossenheit, gemischte Gefühle, Aufschieben von Entscheidungen
- Abhängigkeit / Sucht
- Depression, schlechte Stimmung, Traurigkeit, Weinen
- Scheidung, Trennung, eheliche Konflikte, Untreue/Affären
- Drogenkonsum - verschreibungspflichtige Medikamente, frei verkäufliche Medikamente, Straßendrogen
- Essprobleme - Überessen, Unterernährung, Appetit, Erbrechen
- Leere
- Versagen
- Erschöpfung, Müdigkeit, geringe Energie
- Ängste, Phobien
- Finanzielle oder finanzielle Probleme, Schulden, impulsive Ausgaben, geringes Einkommen
- Glücksspiel
- Trauer, Todesfälle, Verluste, Scheidung
- Schuldgefühle
- Kopfschmerzen, andere Arten von Schmerzen
- Gesundheit, Krankheit, medizinische Bedenken, körperliche Probleme
- Minderwertigkeitsgefühle
- Impulsivität, Kontrollverlust, Wutausbrüche
- Unverantwortlichkeit
- Urteilsschwierigkeiten, Risikobereitschaft
- Rechtsangelegenheiten, Anklagen, Prozesse
- Einsamkeit
- Gedächtnisprobleme
- Stimmungsschwankungen
- Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung
- Panik- oder Angstattacken
- Perfektionismus
- Pessimismus
- Aufschieberitis, mangelnde Motivation
- Beziehungsprobleme (mit Freunden, mit Verwandten oder am Arbeitsplatz)
- Schulische Probleme
- Selbstwertprobleme
- Selbstvernachlässigung, schlechte Selbstfürsorge
- Sexuelle Probleme, Dysfunktionen, Konflikte, Identitätsprobleme
- Schlafprobleme (zu viel, zu wenig, Schlaflosigkeit, Albträume)
- Spirituelle, religiöse, moralische, ethische Fragen
- Stress und Anspannung
- Misstrauen
- Suizidgedanken
- Jähzorn, Selbstbeherrschung, geringe Frustrationstoleranz
- Gedankliche Desorganisation und Verwirrung
- Drohungen, Gewalt
- Gewichts- und Diätprobleme
- Rückzug, Isolation
- Arbeitsprobleme, Beschäftigungsprobleme, Mobbing



Dr. med. univ. Stefan Schmidinger  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Vogelsangstrasse 7  
8006 Zürich  
drschmidinger@hin.ch  
www.holisticpractice.ch  
ZSR: P3049.31

Bitte schicken Sie diese Anmeldung **per Post** an **Holistic Practice, Dr. med. univ. Stefan Schmidinger, Vogelsangstrasse 7, 8006 Zürich** oder **per E-Mail** an [drschmidinger@hin.ch](mailto:drschmidinger@hin.ch) (HIN-verschlüsselter Email-Versand zum datenschutzkonformen Informationsaustausch).

Einverständniserklärung Kommunikation via E-Mail: Oben aufgeführte Person ist mit der Kommunikation via E-Mail einverstanden. Die Risiken, die mit dem unverschlüsselten E-Mail-Versand verbunden sind - insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung, sind mir bewusst und nehme ich in Kauf.

ja

Datum: \_\_\_\_\_

nein

Unterschrift: \_\_\_\_\_