



Verein an.doc.stelle  
Otto-Bauer-Gasse 15/7, 1060 Wien • T: 0670 555 57 32

Sehr geehrte Patient\*innen,

herzlich willkommen in der Teampraxis im 6. und bei der an.doc.stelle.

Die folgenden Angaben helfen uns, Sie medizinisch und psychosozial bestmöglich zu begleiten.  
Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten oder sich unsicher sind, lassen Sie das Feld bitte frei oder setzen Sie ein Fragezeichen.

Patient\*in \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mit welchem Namen möchten Sie bei uns angesprochen werden?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Gelebtes/empfundenes Geschlecht

Frau  Mann  inter  divers  keine Angabe  \_\_\_\_\_

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht

Frau  Mann  inter

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



Verein an.doc.stelle  
Otto-Bauer-Gasse 15/7, 1060 Wien • T: 0670 555 57 32

Wurde bei Ihnen jemals eine psychische Erkrankung oder Belastung festgestellt?  
(z. B. Depression, Angststörung, Trauma, ...)

Nein  Ja  Ja, und ich wünsche mir Unterstützung dabei.

Machen Sie aktuell eine Psychotherapie?

Nein  Ja, bei: \_\_\_\_\_

Möchten Sie etwas an Ihrem Konsumverhalten verändern?

(z. B. Alkohol, Nikotin, Drogen, Medien, ...)

Nein  Ja  Ja, und ich wünsche mir Unterstützung dabei.

Haben Sie Erfahrungen mit Gewalt gemacht? (z. B. körperlich, psychisch, sexuell)

Nein  Ja  Ja, und ich wünsche mir Unterstützung dabei.

Gibt es derzeit finanzielle Belastungen oder Sorgen, die Sie beschäftigen?

Nein  Ja  Ja, und ich wünsche mir Unterstützung dabei.

Benötigen Sie Unterstützung bei der Beantragung von Geld oder Sachen?

(z.B. Pension, Mindestsicherung, Behindertenpass, Wohnbeihilfe, ...)

Nein  Ja

Haben Sie körperliche oder emotionale Themen/Probleme in Hinblick auf Ihre Sexualität?

Nein  Ja  Ja, und ich wünsche mir Unterstützung dabei.

Wie haben Sie von der Teampraxis im 6. erfahren?

Ärzt\*in  Freund\*in  Internet  Praxisschild  an.doc.stelle

Andere: \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für Ihre Zeit!

---

Ort / Datum

---

Unterschrift