

Psychotherapeutische Praxis

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Am Gleisdreieck 1-5
50823 Köln
Tel.: 0221/99994699
info@stefan-hofele.de
www.stefan-hofele.de
www.familienaufstellung-koeln.de

Praxis Stefan Hofele
Am Gleisdreieck 1
50823 Köln

Anmeldung zur Lehrpraxis

Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar aus. Die Angaben dienen der Vorbereitung des Erstgesprächs und der Prüfung einer geeigneten Behandlung. Senden Sie alle vier Seiten per E-Mail oder per Post an die Praxis zurück.

1 Persönliche Daten

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Handynummer

E-Mail-Adresse

Name der Krankenversicherung

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Sonstiges: _____

Eine Behandlung in der Lehrpraxis ist nur für gesetzlich Versicherte möglich.

2 Bisherige Psychotherapie

Haben Sie bereits eine Psychotherapie durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Eine Psychotherapie läuft aktuell

Falls ja: ungefährender Zeitraum, Behandlungsform und Anlass (kurze Angaben genügen)

3 Ihr Anliegen

Worum geht es Ihnen und warum möchten Sie eine Psychotherapie beginnen?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

4 Symptomliste

Bitte kreuzen Sie Beschwerden der letzten vier Wochen an. Mehrfachauswahl möglich. Frühere Beschwerden bitte mit „F“ markieren. Die Liste ersetzt keine Diagnose.

Stimmung und Gefühle

- ☐ Traurigkeit oder gedrückte Stimmung
- ☐ Interessenverlust
- ☐ Wenig Freude oder Genuss
- ☐ Hoffnungslosigkeit
- ☐ Gefühl von Hilflosigkeit
- ☐ Geringes Selbstwertgefühl
- ☐ Schuldgefühle oder starke Selbstvorwürfe
- ☐ Schamgefühle
- ☐ Innere Leere oder Gefühllosigkeit
- ☐ Häufiges Weinen
- ☐ Reizbarkeit oder Ärger
- ☐ Starke Stimmungsschwankungen

Antrieb und Denken

- ☐ Erschöpfung oder schnelle Ermüdbarkeit
- ☐ Antriebslosigkeit
- ☐ Gefühl der Verlangsamung
- ☐ Innere Unruhe oder Getriebenheit
- ☐ Konzentrationsprobleme
- ☐ Leichte Ablenkbarkeit
- ☐ Vergesslichkeit oder Gedächtnisprobleme
- ☐ Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen
- ☐ Anhaltendes Grübeln
- ☐ Probleme mit Planung und Organisation

Ängste und Panik

- ☐ Anhaltende Sorgen
- ☐ Angst ohne erkennbaren Anlass
- ☐ Plötzliche Panikattacken
- ☐ Angst vor weiteren Panikattacken
- ☐ Angst vor Bewertung oder Ablehnung
- ☐ Angst in sozialen Situationen

- ☐ Angst in Menschenmengen oder Verkehrsmitteln
- ☐ Angst, allein das Haus zu verlassen
- ☐ Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen
- ☐ Starke Angst vor Krankheiten
- ☐ Vermeidung aus Angst
- ☐ Häufiges Bedürfnis nach Rückversicherung

Körperliche Beschwerden

- ☐ Herzklopfen oder Herzrasen
- ☐ Druck oder Enge im Brustkorb
- ☐ Atemnot oder Gefühl von Luftmangel
- ☐ Schwindel oder Benommenheit
- ☐ Zittern
- ☐ Starkes Schwitzen
- ☐ Hitzewallungen oder Frösteln
- ☐ Kribbeln oder Taubheitsgefühle
- ☐ Übelkeit oder Erbrechen
- ☐ Bauchschmerzen oder Magenbeschwerden
- ☐ Durchfall oder Verstopfung
- ☐ Blähungen
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Muskelverspannungen
- ☐ Rücken-, Muskel- oder Gelenkschmerzen
- ☐ Andere anhaltende Schmerzen
- ☐ Kloßgefühl oder Schluckbeschwerden
- ☐ Mundtrockenheit
- ☐ Häufiger Harndrang
- ☐ Körperliche Schwäche
- ☐ Ohnmachts- oder anfallsartige Zustände
- ☐ Bewegungs-, Sprech- oder Empfindungsstörungen

Körperliche Beschwerden können unterschiedliche Ursachen haben. Bitte lassen Sie neue oder unklare Beschwerden ärztlich abklären.

Schlaf und Erholung

- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Nächtliches Erwachen
- ☐ Sehr frühes Erwachen
- ☐ Übermäßig viel Schlaf
- ☐ Nicht erholsamer Schlaf
- ☐ Starke Tagesmüdigkeit
- ☐ Unruhiger oder verschobener Schlafrhythmus

Essen und Körperbild

- ☐ Wenig Appetit
- ☐ Vermehrter Appetit
- ☐ Ungewollte Gewichtsveränderung
- ☐ Stark eingeschränktes Essen
- ☐ Essanfälle mit Kontrollverlust
- ☐ Erbrechen oder Abführmittel zur Gewichtskontrolle
- ☐ Übermäßiger Sport zur Gewichtskontrolle
- ☐ Starke Sorgen um Gewicht oder Aussehen
- ☐ Vermeidung bestimmter Lebensmittel

Symptomliste

Fortsetzung · Bitte Zutreffendes ankreuzen. Frühere Beschwerden können Sie wieder mit „F“ markieren.

Trauma und belastende Erinnerungen

- ☐ Aufdrängende Erinnerungen oder Bilder (Intrusionen)
- ☐ Wiedererleben, als geschehe es jetzt (Flashbacks)
- ☐ Wiederkehrende Albträume
- ☐ Starke Reaktionen auf Erinnerungsreize (Trigger)
- ☐ Körperliche Alarmreaktionen bei Erinnerungen
- ☐ Vermeidung von Erinnerungen oder Gesprächen
- ☐ Vermeidung erinnernder Orte oder Personen
- ☐ Ständige Wachsamkeit oder Alarmbereitschaft
- ☐ Erhöhte Schreckhaftigkeit
- ☐ Gefühl anhaltender Bedrohung
- ☐ Emotionale Taubheit nach belastenden Erlebnissen
- ☐ Schuld oder Scham wegen belastender Erlebnisse

Dissoziation und Entfremdung

- ☐ Gefühl, neben sich zu stehen (Depersonalisation)
- ☐ Umgebung wirkt unwirklich (Derealisation)
- ☐ Gefühl, vom Körper oder Erleben getrennt zu sein
- ☐ Erinnerungslücken oder verlorene Zeitabschnitte
- ☐ Gefühl unterschiedlicher innerer Identitätszustände
- ☐ Zeitweises Wegtreten oder Nichtansprechbarsein

Diese Angaben helfen bei der Prüfung des Behandlungsbedarfs. Traumatherapie wird in der Lehrpraxis nicht angeboten; PTBS oder komplexe PTBS als Hauptdiagnose schließen eine Behandlung dort aus.

Zwänge und wiederholte Handlungen

- ☐ Unerwünschte, wiederkehrende Gedanken oder Impulse
- ☐ Wasch- oder Reinigungszwang
- ☐ Wiederholtes Kontrollieren
- ☐ Zählen, Ordnen oder Wiederholungsrituale
- ☐ Gedankliche Rituale zum Abwenden von Gefahr
- ☐ Schwierigkeiten, Dinge wegzugeben / starkes Sammeln
- ☐ Wiederholtes Haare-Ausreißen
- ☐ Wiederholtes Hautzupfen oder Aufkratzen

Beziehungen und Selbstregulation

- ☐ Sozialer Rückzug oder Einsamkeit
- ☐ Wiederkehrende Konflikte in Beziehungen
- ☐ Angst vor Verlassenwerden
- ☐ Schwierigkeiten mit Vertrauen oder Nähe
- ☐ Schwierigkeiten, Grenzen zu setzen
- ☐ Probleme, Gefühle zu regulieren
- ☐ Wutausbrüche
- ☐ Impulsives oder riskantes Verhalten
- ☐ Unsicherheit über eigene Wünsche oder Identität
- ☐ Wenig sexuelles Verlangen
- ☐ Probleme mit sexueller Erregung oder Orgasmus
- ☐ Schmerzen oder Angst bei Sexualität

Ungewöhnlich gesteigerte Aktivität

- ☐ Ungewöhnlich gehobene oder euphorische Stimmung

- ☐ Deutlich weniger Schlafbedarf ohne Müdigkeit
- ☐ Ungewöhnlich viel Energie oder Aktivität
- ☐ Sehr schnelles Reden oder stark gesteigerter Rededrang
- ☐ Rasende Gedanken
- ☐ Ungewöhnlich starkes Selbstvertrauen
- ☐ Unkontrolliertes Geldausgeben oder riskante Vorhaben

Wahrnehmung und Realitätsgefühl

- ☐ Stimmenhören oder andere ungewöhnliche Wahrnehmungen
- ☐ Gefühl, verfolgt oder gezielt bedroht zu werden
- ☐ Gefühl, Gedanken würden von außen beeinflusst
- ☐ Gefühl, Dinge enthielten besondere Botschaften für mich
- ☐ Schwer zu ordnende oder verwirrte Gedanken

Konsum und schwer steuerbares Verhalten

- ☐ Belastender Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum
- ☐ Starkes Verlangen oder Kontrollverlust beim Konsum
- ☐ Beschwerden beim Reduzieren oder Absetzen
- ☐ Schwer kontrollierbares Spielen, Kaufen oder Mediennutzen

Selbstverletzung und Suizidgedanken

- ☐ Drang zur Selbstverletzung oder Selbstverletzung
- ☐ Wunsch, nicht mehr zu leben
- ☐ Gedanken, sich das Leben zu nehmen
- ☐ Konkrete Suizidabsichten oder -pläne

Bei unmittelbarer Gefahr rufen Sie 112 oder wenden Sie sich an eine Notaufnahme. Bitte warten Sie dann nicht auf eine Rückmeldung zu diesem Bogen.

Behandlungswunsch und Einwilligung

Vorname und Nachname: _____

5 Ergänzende Angaben

Weitere Beschwerden oder wichtige Hinweise, die bisher nicht genannt wurden

Welche Beschwerden belasten Sie am stärksten? _____

6 Gewünschte Gruppe

Mögliche Gruppentermine · Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Montag, 10:00 bis 11:45 Uhr · ab Januar 2027
- ☐ Montag, 17:00 bis 18:45 Uhr · ab Januar 2027
- ☐ Donnerstag, 18:00 bis 19:45 Uhr ab Februar 2027

7 Datenschutz und Einwilligung

Verantwortlich: Stefan Hofele, Am Gleisdreieck 1, 50823 Köln, info@stefan-hofele.de. Hinweise zum Umgang mit personenbezogenen Daten und zu Ihren Datenschutzrechten finden Sie auf der Homepage unter www.stefan-hofele.de/datenschutzerklaerung. Auf Wunsch erhalten Sie diese Hinweise in der Praxis.

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass die Praxis Stefan Hofele meine Angaben in diesem Anmeldebogen einschließlich der Gesundheitsdaten zur Bearbeitung meiner Therapieanfrage, zur Kontaktaufnahme, zur Vorbereitung des Erstgesprächs und zur Prüfung einer geeigneten Behandlung erhebt, speichert und verarbeitet.

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass Stefan Hofele meinen Anmeldebogen einschließlich der Gesundheitsdaten an diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung innerhalb der Lehrpraxis weitergeben darf, die für meine Behandlung in Betracht kommen, soweit dies für die Prüfung und Vermittlung eines Therapieplatzes erforderlich ist. Insoweit entbinde ich Stefan Hofele gegenüber diesen Personen von der Schweigepflicht. Die Empfängerinnen und Empfänger unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

Die Einwilligungen sind freiwillig und können einzeln jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis widerrufen werden, beispielsweise per E-Mail oder per Post. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt. Ohne Einwilligung in die Weitergabe erfolgt keine Weiterleitung auf dieser Grundlage; das weitere Vorgehen kann im Erstgespräch besprochen werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den vollständigen Bogen an info@stefan-hofele.de oder per Post an die Praxisadresse im Briefkopf.