

Dr. med. univ. Christian Wanner

FA für Psychiatrie

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie

PATIENTENFRAGEBOGEN

Name: Geburtsdatum:

SV Nr: Versicherung:

Adresse:

.....Hausarzt:

Telefon: Mail:

Familienstand: verheiratet getrennt Lebensgemeinschaft alleinstehend

Geschwister:

.....

.....

Ausbildung:

.....

Art der beruflichen Tätigkeit/ Schule:

.....

.....

Vorstellungsgrund (Bitte geben Sie möglichst detailliert an, warum Sie eine Untersuchung wünschen!):

.....

.....

.....

.....

.....

Dr. med. univ. Christian Wanner

FA für Psychiatrie

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vorerkrankungen:

.....
.....

Medikation bisher.:

.....
.....

Psychotherapie bisher:

.....

Datum

Unterschrift

Dr. med. univ. Christian Wanner

FA für Psychiatrie

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Im Bedarfsfalle:

- 1) Ich bin einverstanden, dass Dr. Wanner mit
Kontakt aufnehmen darf.

Datum

Unterschrift

- 2) Ich wurde über die Medikation miteingehend, d.h. über
Wirkung und Nebenwirkungen unterrichtet und habe dzt. keine weiteren Fragen bzgl. der
Medikation mehr.

Datum

Unterschrift