

4. Medikamente

Nein Ja (Wenn ja, bitte Medikationsliste mitschicken.)

Bitte Dokumente (Medikationsliste, Arztberichte, Austrittsberichte etc.) ergänzend mitschicken. Danke.**5. Bestand in der Vergangenheit eine Suchterkrankung?**

Ja welche: _____

Nein

6. Wie schätzen Sie die Deutschkenntnisse Ihrer Patientin/Ihres Patienten ein?

Sehr gut gut Grundkenntnisse Keine

7. Welche Sprache wird für die Psychotherapie bevorzugt?

Deutsch andere _____

Name zuweisende/r Arzt/Ärztin/Spital _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____ Ort, Datum _____