

ANMELDEBOGEN

Name:	Geburtsort/-datum:
Anschrift	Krankenkasse:
Email*:	gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>
Mobil*:	Festnetz*:
Derzeitiger Beruf/Tätigkeit:	
Behandelnder Hausarzt:	Neurologe (Psychiater):
Verschriebene Medikamente:	

Bisherige Behandlungen im psychischen Bereich

Hatten Sie jemals einen Termin in unserer Praxis? nein: ja: wann:

Erstgespräche in den letzten 12 Monaten? Wo und wann? _____

Ambulante Therapie? Wo und wann? _____

Klinikaufenthalte? Wo und wann _____

Besteht Interesse an Gruppentherapie: ja: nein:

Wieso möchten Sie Therapie machen? (Diagnose, Problembereiche, Symptome): _____

Was hat Ihnen bisher geholfen?: _____

Was möchten Sie in der Therapie erreichen? _____

Bitte teilen Sie **Terminänderungen** so früh wie möglich **per Email mit, spätestens 48 Stunden** vor dem vereinbarten Termin. Nicht rechtzeitig abgesagte Termin werden unabhängig vom Grund mit 80% des kassenüblichen Satzes privat in Rechnung gestellt, da Krankenkassen für ausgefallene Sitzungen nicht aufkommen. Die Anmeldung zur Sprechstunde tritt zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem uns Ihr unterschriebenes Anmeldeformular vorliegt. Bitte beachten Sie, dass mit Empfang Ihrer Anmeldung noch kein Therapieplatz in unsere Praxis zugesagt wird.

*Mit unserer Praxis kann digital kommuniziert werden. **Hiermit weisen wir Sie auf die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen digitalen Kommunikationswege hin.** Bitte geben Sie an, auf welchem Wege Sie mit uns kommunizieren wollen. Ihre Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden:

Einverständniserklärung:

Email SMS

Ich bestätige, dass ich oben genannte Inhalte zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin.

.....

Ort, Datum, Unterschrift Patient*in