



Anmeldebogen

Vorname Name _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d

Familienstand _____ Beruf _____

Schulabschluß _____ akt. berufl. Situation _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____ Handy _____

Email Adresse _____

Krankenversicherung _____ gesetzlich privat

Versicherungsnr. d. Hauptversicherten _____ Versichertenstatus _____

Adresse der Krankenversicherung _____

Von wem sind Sie überwiesen worden? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wurde zuvor bereits eine Psychotherapie durchgeführt? ja falls ja wann war _____ letzter Sitzungstermin _____
nein

Medikation _____

Probleme / Beschwerden _____
Platz auch auf Rückseite

Erwartungen an Therapie _____

Freie Zeiten für Psychotherapie Montag ab _____ Uhr Donnerstag ab _____ Uhr

Dienstag ab _____ Uhr Freitag ab _____ Uhr

Mittwoch ab _____ Uhr Vormittags Tage _____

Die Informationen zum Datenschutz in der Praxis habe ich gelesen. Über die prinzipielle Unsicherheit digitaler Kommunikationswege wurde ich informiert. Ich bin mit der Nutzung o.g. Kommunikationswege einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____