

ANMELDEBOGEN

Name:	Geburtsdatum/-ort:
Anschrift:	Krankenkasse:
Tel. (Mobil)*:	Tel. (Festnetz)*:
Email*:	
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?.....

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

Wer oder was hat Ihnen bisher geholfen?.....

Was möchten Sie in der Therapie erreichen?.....

Bitte teilen Sie Terminänderungen so früh wie möglich mit, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine 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 unserer Praxis zugesagt wird.

*Mit unserer Praxis kann digital kommuniziert werden, z.B. für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet. **Hiermit weisen wir Sie auf die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen digitalen Kommunikationswege hin.** Bitte geben Sie an, auf welchem Wege Sie digital mit uns kommunizieren wollen. Ihre Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden:

Email WhatsApp Telegram SMS

Einverständniserklärung

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

.....
Ort, Datum, Unterschrift Patient*in