

Anmeldung für eine psychotherapeutische Sprechstunde /Psychotherapie

Nachname, Vorname (Patient): geb. am:

Anschrift:

Telefon (priv. / dienstlich):

Handy: Staatsangehörigkeit:

Email (falls vorhanden):

Krankenkasse /Hauptversicherter:

Zuständiger Hausarzt/Kinderarzt:.....

Bei Kindern / Jugendlichen: Sorgerecht bei:

Eltern: Vater (Vor- und Nachname):, geb.: am:

Mutter (Vor- und Nachname):, geb.: am

Wohnort eines Elternteils/der Eltern, falls von Kind/Jugendlichem abweichend:

.....

Telefonnummer eines Elternteils, falls von Kind/Jugendlichem abweichend

.....

An folgenden Tagen habe ich/hat mein Kind Zeit für Therapie (ab wann bis wann?). Beachten Sie bitte, dass Vormittagstermine schneller angeboten werden können als Nachmittagstermine!

.....

Weshalb möchten Sie sich bzw. Ihr Kind/Ihre(n) Jugendliche(n) gerne vorstellen?
Beschreiben Sie bitte die bestehenden Schwierigkeiten

.....
.....
.....
.....

Welche Fragestellungen und Erwartungen haben Sie?

.....
.....

Waren Sie bzw. Ihr Kind bereits deshalb in Vorbehandlung? Wenn ja, wann (von bis) und wo?

.....
.....
.....

Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich bzw. das o.g. Kind **bei der angegebenen Krankenkasse versichert bin/ist**. Ich verpflichte mich zur Zahlung der entstehenden Kosten, soweit sie nicht von dem oben genannten Kostenträger bezahlt werden.

Unterschrift (bei Kindern/Jugendlichen) **aller Sorgeberechtigten**

Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Anmeldebogen zurück, **erst dann werde ich mich mit Ihnen telefonisch/per Mail wegen eines Ersttermins in Verbindung setzen**. Beachten Sie bitte, dass das Ausfüllen des Anmeldebogens **NICHT** zur Therapie verpflichtet, sondern lediglich eine Hilfe für mich ist, bei zahlreichen Anfragen den Überblick zu behalten. Beim Ersttermin denken Sie bitte daran, Ihre Versicherungskarte sowie relevante Vorbefunde (z.B. Arztberichte) mitzubringen.

Herzlichen DANK!