

Anmeldefragebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bitte füllen Sie den folgenden Anmeldefragebogen aus und senden ihn unterschrieben an uns zurück. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir den Eingang Ihrer Anmeldung nicht bestätigen. Neuropsychologische Patienten setzen wir telefonisch oder per Email darüber in Kenntnis, sobald ein Behandlungsplatz zur Verfügung steht. Bitte haben Sie auch Verständnis dafür, dass das einige Zeit mit sich bringen kann.
Vielen Dank.

A Persönliche Angaben

Name:.....	Vorname:.....
Geburtsdatum:.....	Familienstand:.....Kinderzahl:.....
PLZ, Ort:.....	Straße:.....
Telefon (privat):.....	Telefon (dienstlich):.....
Telefax:.....	Mobiltelefon:.....
eMail:.....	Berufsabschluss:.....
Schulabschluss:.....	
Ausgeübter Beruf:.....	
Krankenkasse:.....	Mitgliedsnummer:.....
PLZ, Ort:.....	Straße:.....
Hausarzt:.....	Facharzt für:.....
PLZ, Ort:.....	Straße:.....
Telefon:.....	

B Angaben zu Ihren Beschwerden

1.) Ihre derzeitigen Beschwerden:

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

2.) Seit wann bestehen diese Beschwerden ungefähr?

.....

3.) Wie oft treten diese Beschwerden auf, wie stark sind sie, wie lange halten sie an?

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

4.) Welche Ereignisse oder Umstellungen in Ihrem Leben gingen den Beschwerden voraus?

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

5.) Welche Behandlungen wurden deswegen bereits durchgeführt?

(Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum angeben)

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

6.) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....
.....

7.) Was erwarten Sie von einer Psychotherapie?

.....
.....

8.) Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

.....
.....

9.) Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? (Arzt, Internet etc.)

.....

Bitte bringen Sie Ihre **Chipkarte** zum Erstgespräch mit, falls Sie **gesetzlich krankenversichert** sind.

Sollten Sie den Termin, der Ihnen angeboten wird, nicht wahrnehmen können, so sagen Sie ihn bitte bis zu 2 Werktagen vorher ab. Wird er erst später oder gar nicht abgesagt, wird ein Ausfallhonorar von 60,- € fällig, was privat gezahlt werden müsste, da Krankenkassen nicht stattgefundenen Sitzungen nicht honorieren.

Bei fester Terminvergabe bitten wir Sie aus organisatorischen Gründen 5 Minuten vor dem Termin zu erscheinen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und mein Einverständnis mit der Ausfallhonorarregelung.

Einwilligung zur Verwendung personenbezogener Daten:

Durch meine Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung, dass die in diesem Fragebogen erhobenen persönlichen Daten in Ihrer Patienten-Kartei gespeichert werden dürfen und dazu genutzt werden können, um mit mir in Kontakt zu treten.

Diese Einwilligung gilt ebenfalls für die Zusammenarbeit mit unseren freiberuflich tätigen Therapeuten.

Sollte ich zwischenzeitlich einen anderen Therapieplatz finden, werde ich dies mitteilen.

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....