

# Ψ PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS AM HOHETORWALL

Dipl.-Psych. Nicole Pitsoulis (Inh.) • Dipl.-Psych. Andrea Ickert • Dipl.-Psych. Maria Stichnothe • M.Sc. Psych. Jule Wiersig  
Hohetorwall 1, 38118 Braunschweig  
anmeldung@hohetorwall1.de  
FON: +49-531-25732041  
FAX: +49-531-25732042

## 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: \_\_\_\_\_
- \* Kennen Sie einen Patienten oder einen Therapeuten aus unserer Praxis persönlich? Um eine professionelle Distanz zu wahren und Interessenkonflikte zu vermeiden, nennen Sie uns bitte den Namen des Patienten \_\_\_\_\_ und des behandelnden Therapeuten \_\_\_\_\_
- \* 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 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