Anmeldebogen Psychologische Psychotherapie Kilgus

Mescheder Str.11, 57368 Lennestadt-Oberelspe,
02721-7188141, info@psychotherapie-kilgus.de

Eingangsdatum_____
Sichtung_____
Erstgespräch

Datum_____
Name_____ Vorname_____
Geburtstag_____ Familienstand_____
Adresse_____
Telefon_____email_____
Krankenkasse_____
Hausarzt/ärztin_____
ggf.PsychiaterIn_____
Beruf (aktuell)_____
Beruf (gelernt)_____
Arbeitssituation (voll, teilzeit, arbeitslos, berentet)_____
Therapeutische Vorbehandlung (wo,wann):
Stationär_____
Ambulant_____

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden (Symptome, Zeitraum, Beeinträchtigungen, weitere Belastungsfaktoren, etc.):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Zum Datenschutz: Die von Ihnen hier übermittelten Daten verbleiben in der Praxis und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht