

Psychologische Praxis Dipl.Psych. W.Sutor

Tel.: 0681/665 655

[Psych. Praxis W. Sutor D-66119 Saarbrücken, Feldmannstr. 154]

[]

Anmeldebogen*

für

Beratung

Einzel-

Gruppen-*

Paartherapie

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Telefon: _____

e-mail: _____ Handy: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Arbeitszeiten: _____ Vormittags Termine sind möglich? Ja/Nein

(Ehe-)Partner(in):

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____

ledig* zus.lebend* verheiratet* getrennt* geschieden* verwitwet*

*) zutreffendes bitte ankreuzen, bzw. unterstreichen und zurückschicken

*) Vorteil: nach Indikationsstellung (in Einzelgesprächen) kürzere Wartezeiten

Name und Alter der Kinder:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Hausarzt: (Name und Anschrift):

_____ Tel.: _____

Welcher Krankenkasse gehören Sie an?

Wurde schon einmal ambulante*/stationäre* Psychotherapie durchgeführt?

Wann: _____ Wo: _____

Grund: _____

Schildern Sie bitte kurz Ihre derzeitigen Beschwerden:

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam gemacht? _____

Über Art und Umfang einer Behandlung, über Folgen und Risiken, über Eignung, Erfolgsaussicht, Dringlichkeit und Alternativen habe ich mich informiert.

(<http://www.praxissutor.de/Anmeldung/anmeldung.html>)

Datum

Unterschrift

*Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass vor allem für **Einzeltherapie** Wartezeiten entstehen können und bitten diese zu entschuldigen. **Gruppentherapie** wird auch in **Kombination** mit Einzeltherapie angeboten. Hier sind die Wartezeiten deutlich geringer. Bitte besprechen Sie die Möglichkeit mit uns!*

*Zum Termin benötigen wir Ihre **Krankenversicherungskarte** ggfs. **Arztberichte/Vorbefunde**.*

Informationen zum therapeutischen Angebot: **www.praxissutor.de**