

Klienten-Fragebogen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bitte füllen Sie alle Felder aus. Sie können das Formular mit der Post oder gescannt per Mail an info@psychotherapie-spiegel.de senden.

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ weiblich männlich divers

Wie darf ich Sie kontaktieren?

Per E-Mail: _____

Festnetz: _____

Handy: _____

Ich kontaktiere Sie spätestens 5 Werktage nach Eingang Ihrer Anmeldung. Falls ich Sie nicht erreiche, setzen Sie sich bitte erneut mit mir in Verbindung.

Haben Sie Therapieerfahrung?

ambulant: _____ (Jahr)

stationär: _____ (Jahr)

Zu welchen Zeiten könnten Sie eine Therapie durchführen? Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8-11					
10-13					
12-15					
15-18					

In welche Praxis möchten Sie gerne kommen?

Bad Homburg

Frankfurt

Bitte beachten Sie, dass wir in Bad Homburg aktuell nur Privatpatienten/-innen und Selbstzahler/-innen aufnehmen können.

Krankenkasse

gesetzlich

privat

Was ist der Grund für Ihre Kontaktaufnahme? Wie ist Ihr körperliches und seelisches Befinden?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Der vereinbarte Termin für die Sprechstunde ist verbindlich. Wenn Sie den Termin nicht mindestens einen Werktag vorher absagen, wird Ihnen ein Ausfallhonorar von 80 Euro privat in Rechnung gestellt. Die Kosten für die Sprechstunde übernimmt ansonsten Ihre Krankenkasse.

Die Sprechstunde ist nicht mit dem Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung gleichzusetzen, sie dient einer ersten diagnostischen Einschätzung, der Information über Möglichkeiten der Weiterbehandlung sowie zum Ablauf einer Verhaltenstherapie. Die Durchführung einer Sprechstunde muss vor Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie nachgewiesen werden, auch wenn sie später bei einer anderen Psychotherapeutin oder einem anderen Psychotherapeuten durchgeführt wird.

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch Ihre gültige Versichertenkarte mit.

Die Informationen zur Verbindlichkeit der vereinbarten Sprechstunde habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

VON DER PRAXIS AUSZUFÜLLEN

Eingangsdatum:

JC



JL

JE



FS