

Anmeldung zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen aus und senden Sie ihn an: praxis@psychotherapie-michael-sauer.de oder per Post an:
Praxis für Psychologie und Psychotherapie Michael Sauer; am Bärplatz 6/7 in D-06366 Köthen



Anmeldedatum:

Name/:Geburtsname

Vorname:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Geschlecht:

Straße:

Postleitzahl - Ort:

Telefonnummer:

Wann sind Sie telefonisch
am besten erreichbar:

E-Mail:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Höchster erreichter Abschluss:

Erlerner Beruf bzw. Titel:

Derzeitig ausgeübter Beruf:

Hausarzt:

Krankenversicherung:

Sind Sie zur Zeit krank geschrieben:

Wenn ja, seit wann:

Haben Sie zur Zeit ernsthafte Probleme mit Ihrer körperlichen Gesundheit:

Wenn ja, welcher Art sind diese Probleme:

Seit wann haben Sie diese Probleme:

Besteht eine Berentung:

Wenn ja: Seit wann:

Besteht ein Antrag auf Rente bzw. Erwerbsminderung:



Bitte schildern Sie in Stichworten die Probleme, wegen denen ein Behandlungswunsch besteht:

Seit wann bestehen diese Probleme:

Waren Sie deswegen schon in medizinischer und/oder **psychotherapeutischer**

(stationärer oder ambulanter) **Behandlung:**

(bitte bringen Sie ihre Befunde mit)

Wenn ja: **Wo** und **wann** waren Sie in Behandlung:

Wie fühlen Sie sich zur Zeit durch Ihr Problem belastet:

In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr Problem besonders beeinträchtigt:

Was bzw. welche Fragen sollen im Erstgespräch geklärt werden:

An welchen Wochentagen, zu welchen Tageszeiten können Sie Therapiesitzungen wahrnehmen: (bitte nennen Sie mehrere Termine, eine Garantie besteht jedoch nicht)