

Unfallmedizinischer Fachdienst Tiede - UFD

Praxisgemeinschaft

Psychiatrische-/Psychologische Psychotherapeuten,
Klinische Neuropsychologen und Supervisoren GNP,
Hypnose- und Entspannungstherapeuten,
Sozial-/beruflich beratende Dienste

Postanschrift:

Praxis für Neuropsychologie
und Psychotherapie Tiede
Prinzenstr. 5
47179 Duisburg

Lindenstr. 31
47249 Duisburg

Datum:

Anmeldefragebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bitte füllen Sie diesen Anmeldefragebogen aus und senden ihn unterschrieben an uns zurück.
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir den Eingang Ihrer Anmeldung nicht bestätigen. Wir setzen Patienten telefonisch oder per Email darüber in Kenntnis, sobald ein Behandlungsplatz zur Verfügung steht. Vielen Dank.

A Persönliche Angaben

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Familienstand:	Kinderzahl:
PLZ, Ort:	Straße:	
Telefon (privat):	Telefon (dienstlich):	
Telefax:	Mobiltelefon:	
eMail:		
Schulabschluss:	Berufsabschluss:	
Ausgeübter Beruf:		
Krankenkasse:	Mitgliedsnummer:	
PLZ, Ort:	Straße:	
Hausarzt:	Facharzt für:	
PLZ, Ort:	Straße:	
Telefon:		

B Angaben zu Ihren Beschwerden

1. Ihre derzeitigen Beschwerden:

2. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

3. Wie oft treten diese Beschwerden auf, wie stark sind sie, wie lange halten sie an?

4. Welche Ereignisse oder Umstellungen in Ihrem Leben gingen den Beschwerden voraus?

5. Welche Behandlungen wurden deswegen bereits durchgeführt?

(Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum angeben)

6. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

7. Was erwarten Sie von der Therapie?

8. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

9. Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? (Arzt, Internet etc.)

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie ihn bitte bis zu 2 Werktagen vorher ab. Wird er erst später oder gar nicht abgesagt, wird ein Ausfallhonorar von 50,- € fällig, was privat gezahlt werden muss, da Krankenkassen ausgefallene Sitzungen nicht honorieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und mein Einverständnis mit der Ausfallhonorarregelung.

Einwilligung zur Verwendung personenbezogener Daten:

Durch meine Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung, dass die in diesem Fragebogen erhobenen persönlichen Daten in Ihrer Patienten-Kartei gespeichert werden dürfen und dazu genutzt werden können, um mit mir in Kontakt zu treten.

Ort, Datum:

--

Unterschrift: