

# PRAXISGEMEINSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE OLPE

Frankfurter Str. 1 | 57462 Olpe | Tel.: 02761-941250 | Fax: 02761-9412525

Telefonische Sprechzeiten Mo-Fr: 9:00 – 12:00 Mo | Di | Do: 16:00 – 18:00

## ANMELDUNG ZUR PSYCHOTHERAPIE

Datum		
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Alter	
Straße	PLZ/Ort	
Telefon privat	Mobil	
Familienstand	Kinder	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="text"/>
aktuell ausgeübter Beruf		
Bei Kindern/Jugendlichen	Klasse <input type="text"/>	Schulform <input type="text"/>
Krankenkasse		
Hausarzt (Name, Adresse)		
ggf. Facharzt (Psychiater)		
Psychotherapeutische/psychiatrische Vorbehandlung(en)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ambulant (wann/bei wem)		
stationär (wann/wo)		
Zu welchen Zeiten können Sie Termine wahrnehmen	<input type="text"/>	flexibel <input type="checkbox"/>
Interesse an Gruppentherapie (in Kombination mit Einzeltherapie)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> vielleicht <input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie, warum Sie eine Therapie wünschen (Beschwerden, seit wann, Belastungen):

---

---

---

---

---

---

---

---