

Psychotherapeutische Praxis für Kinder & Jugendliche

Cecilienallee 56,

40474 Düsseldorf

ANMELDEBOGEN

Anmeldedatum:

Name, Vorname:.....

e-mail-Adresse:

Telefon:.....

Geburtsdatum:.....

Krankenkasse:.....

Versicherungsnummer.....

Beschwerden (eventuell Diagnose):

.....

bisherige Behandlungen Ambulant (Art, bei wem, von - bis):

.....

Durch wann haben Sie von der Praxis erfahren ?

Überweisung.....

Mögliche Termin - Zeiten:

Jederzeit	Vormittags ab	Mittags ab	Nachmittags ab
			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(Nachmittagstermine werden durch ein Nachrückverfahren von Bestandspatienten fest vergeben)

Dieser Bogen dient zur Anmeldung zum Erstgespräch bzw. Diagnostik. (Es kann dadurch auch ein Erstgespräch per Videosprechstunde angeboten werden.) Eine Warteliste für Therapieplätze wird nicht geführt. Therapieplätze werden nach erfolgreicher Kostenzusage ihrer Krankenversicherung vergeben.