

Michael Kleinrensing

Claubergstraße 1-3 · 47051 Duisburg

Telefon: (0203) 284241 · Fax: (0203) 2980306

E-Mail: m.kleinrensing@gmx.de · <http://www.kleinrensing.de>

Anmeldefragebogen

Bitte melden Sie sich möglichst DIENSTAGS oder DONNERSTAGS zwischen 13.00 und 13.15 Uhr telefonisch zwecks weiterer Absprachen.

A Persönliche Angaben

| | |
|-------------------------|--|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Familienstand: Kinderzahl: |
| PLZ, Ort: | Straße: |
| Telefon (privat): | Nationalität: |
| Telefax: | Telefon (dienstlich): |
| E-Mail: | Mobiltelefon: |
| 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 ungefähr?

.....
.....

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 bereits durchgeführt?

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

.....
.....
.....

6.) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....
.....

7.) Was erwarten Sie von einer Psychotherapie?

.....
.....
.....

8.) Sonstige wichtige Bemerkungen, die für die Behandlung von Bedeutung sein könnten?

.....
.....
.....

9.) Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? (Gelbe Seiten, Internet etc.)

.....

C Organisatorisches zur Terminvergabe

Kreuzen Sie bitte alle möglichen Termine, an denen Sie in der Regel können, an. Je **flexibler** Sie sind, um so größer ist Ihre **Chance**, einen Therapieplatz zu bekommen.

| Tag / Uhrzeit | 8.30 | 9.00 | 9.30 | 10.00 | 10.30 | 11.00 | 11.30 | 12.00 | 12.30 | 13.00 | 13.30 | 14.00 | 14.30 | 15.00 | 15.30 | 16.00 | 16.30 | 17.00 | 17.30 | 18.00 |
|--|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Mo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Di. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Do. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Unterschiedliche Zeiten: (z.B. Wechselschicht) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bitte für mindestens die nächsten 3 Wochen gesonderten Terminplan beilegen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bitte bringen Sie Ihre Chipkarte zum Erstgespräch mit.

Vereinbarte Termine müssen mindestens zwei Werktage vorher abgesagt werden, ansonsten werden die Termine mit 50,00 € in Rechnung gestellt.

Ort, Datum: Unterschrift: