Praxisformular

Stammblatt

Privatpraxis für Psychotherapie, M.Sc. Psych. Christina Kolanus
Rudolfstr.14, 10245 Berlin
www.psychotherapie-kolanus.de

Name						
Vorname		□ männlich □ _____	□ weiblich □ keine Angabe			
Geburtsdatum						
Adresse						
E-Mail-Adresse						
Telefonnummer						
Krankenversicherung/ Kostenerstattungsstelle	Name/n: □ gesetzlich □ privat □ Beihilfe □ selbstzahlend □_____					
Versicherungsnummer						
Vorbehandlungen stationär: wann, wo?						
Vorbehandlungen ambulant: wann, wo?						
Aktuelle Medikation						
Bekannte Diagnosen						
Erlernter und aktueller Beruf				Berufstätig □ ja □ nein		
Aufmerksam geworden durch						
Zeitliche Verfügbarkeit (Bitte Zeiten angeben)	□ Flexibel	□ Mo:	□ Di:	□ Mi:	□ Do:	□ Fr:(Online)
Warum möchten Sie eine Therapie machen?						
Datum, Unterschrift						

Vielen Dank!