

Diplom Psychologe / Psychologischer Psychotherapeut  
**Joachim Hoffeld - Ernst**  
 Verhaltenstherapie / Personzentrierte Gesprächspsychotherapie  
 Alle Kassen, Privat, selbstzahlende Menschen

Dieselstr. 5  
 D 91785 Pleinfeld / Bayern

Telefon: 0176 6260 8992  
 Fax: 09144 373 0 332  
 E-Mail: kontakt@praxis-hoffeld.de

## Anmeldebogen für Gesetzlich versicherte Menschen:

Anmeldung für:  Einzeltherapie  Gruppentherapie

Name:	Telefon:
Vorname:	Mobiltelefon:
Straße / Nr.:	E-Mail:
PLZ Ort:	Geboren:
Beruf:	Schulabschluss:
Arbeitszeiten :	

Bitte kreuzen Sie an: Ich bin

ledig  zusammen lebend  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet

Bei welchem Hausarzt sind Sie in Behandlung:

Name:	Telefon:
Straße / Nr.:	PLZ / Ort:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Krankenkasse:
---------------

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Psychotherapie durchgeführt?

**Nein**, nie

**Ja**, Ambulante Therapie

**Ja**, Stationäre Therapie

Wenn ja:  Verhaltenstherapie , von / bis:

Psychoanalyse von / bis:

Tiefenpsychologische Therapie von / bis:

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch auch Folgendes mit:

- vorhandene **ärztliche Berichte / Klinikberichte / Diagnosen** in Kopie
- eine **Liste der Medikamente**, welche Sie einnehmen und in welcher Dosis Sie dies tun
- Ihre **Versichertenkarte**
- **Ihren Humor**, hier wird viel gelacht ...
- alles **was Sie sonst für wichtig halten :-)**

All Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt, weitere Unterlagen zu diesem und anderen Themen bekommen Sie im Erstgespräch persönlich ausgehändigt.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------