



## Anmeldung für die Warteliste

Aufgrund des großen Bedarfs an Psychotherapie, der Dauer der Behandlung und der daraus resultierenden Auslastung der Praxen ist oftmals kein freier Psychotherapieplatz vorhanden. Mit der Zusendung (per E-Mail oder per Post) des ausgefüllten Formulars werden Sie in die Warteliste aufgenommen. Die Angaben sind freiwillig, helfen jedoch dabei, einen ersten groben Eindruck zu bekommen. Wenn sich ein freier Platz ergibt, werden wir versuchen, Sie zu kontaktieren. Bitte füllen Sie das Formular in Druckschrift aus.

**Datum:** \_\_\_\_\_

### Angaben zu/m Patient/in:

Vorname und Name Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer (Festnetz / Handy) -- E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Versicherung:**  gesetzlich  privat  Beihilfe

Wurde Ihnen die Praxis empfohlen (Selbsthilfegruppe, Sozialdienst, Klinik, etc.). Wenn ja, von wem?  
Bitte angeben

\_\_\_\_\_

### Grobe Beschreibung der Symptomatik / des Anliegens:

- ADHS  Tinnitus  Post-Covid-Syndrom  Burnout / Depression  Sonstiges
- Diagnostik  Medikamentöse Therapie  Einzelpsychotherapie  Gruppenpsychotherapie
- Beratung wegen einer medizinischen Reha
- Beratung wegen einer Digitalen Gesundheitsanwendung (DIGA)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Einverständniserklärung mit der Aufnahme in die Warteliste und zur Kommunikation über E-Mail und/oder Kurznachrichtendienste (SMS, Whatsapp, Signal, o. ä.) Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, in die Warteliste für einen Therapieplatz aufgenommen zu werden und zum Zwecke von Terminabsprachen oder kurzem Informationsaustausch mit der Praxis über E-Mail und Kurznachrichtendienste unter Verwendung der o. g. E-Mail-Adresse und Mobiltelefonnummer zu kommunizieren. Es werden über diese Plattformen grundsätzlich keine medizinisch sensiblen Daten versendet. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_