

**Praxis für Psychologische****Psychotherapie:**

Dipl.-Psych. Jürgen Gierse  
 Dipl.-Psych. Karin Kunhardt-Gierse  
 Dipl.-Psych. Dr. Eva Kilgus  
 M.Sc. Psych. Markus Stutte  
 Mag. Psych Ann-Kathrin Reuter

**Kontakt:**

Westwall 50 - 57439 Attendorn  
 Tel.: 02722-63778-0

E-Mail: praxis@psychotherapie-attendorn.de  
 Internet: www.psychotherapie-attendorn.de

**Telefonische Sprechzeiten:**

Mo & Do 9:00 - 12:00 Uhr  
 Di 14:00 - 17:00 Uhr

*Im Vorfeld Ihrer geplanten Psychotherapie ist es für uns hilfreich, wenn Sie uns folgende **Daten zu Ihrer Person** mitteilen und diesen **Anmeldebogen an unsere Praxis zurücksenden**. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich und unter Einhaltung der **Schweigepflicht** behandelt. Zur Anmeldung ist ein **persönlicher oder telefonischer Kontakt nicht erforderlich**.*

Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen. **Wichtig für Ihre Anmeldung:** Schreiben Sie bitte mit Ihren eigenen Worten auf der Rückseite einige Stichpunkte oder Sätze zu Ihren Beschwerden und Problemen auf, welche Sie dazu veranlassen, sich um eine Psychotherapie zu bemühen.

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ (wird v. uns ausgefüllt: (E)\_\_\_\_ (V)\_\_\_\_ (U)\_\_\_\_:\_\_\_\_ )

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geb. - Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. berufl.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig \_\_\_ verheiratet \_\_\_ verwitwet \_\_\_ geschieden \_\_\_ getrennt lebend \_\_\_ in Partnerschaft zusammenlebend \_\_\_ allein lebend \_\_\_

Kinder: ja \_\_\_ nein \_\_\_ , wenn ja, wie viele \_\_\_\_\_

Befindet/Befand sich ein Familienmitglied bei uns in Behandlung? Wenn ja, bitte Name angeben: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Welchen Beruf haben Sie erlernt? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus? \_\_\_\_\_

Bei Kindern/Jugendlichen: Welche Schulklasse \_\_\_\_\_ bzw. Schulform ? \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Name: \_\_\_\_\_

ggf. Facharzt f. Psychiatrie/Name: \_\_\_\_\_

Psychotherapeutische/Psychiatrische Vorbehandl. (amb./stat.) ja\_\_\_ nein\_\_\_ / Psychosomatische Reha-Klinik? ja\_\_\_ nein\_\_\_ (bei wem? welche Klinik? wann? - letzte Behandl. eintragen) \_\_\_\_\_

Zu welchen Zeiten könnten Sie zu Terminen kommen? (8-12 Uhr) \_\_\_ (13-14 Uhr) \_\_\_ (ab 15 Uhr) \_\_\_

Interesse/Bereitschaft für Gruppentherapie (in der Regel in Kombination mit Einzeltherapie): ja\_\_\_ nein\_\_\_ eventuell \_\_\_

**Sehr wichtige Informationen für Sie - Bitte unbedingt durchlesen!**

- Ihre Aufnahme in die Warteliste erfolgt ab Eingang dieses Schreibens an uns. Über die voraussichtliche Dauer der **Wartezeit** können Sie sich telefonisch oder über unsere homepage informieren. Sollten Sie früher oder akut Hilfe benötigen, wenden Sie sich an Ihren Arzt / den ärztlichen Notdienst / Ihre Krankenkasse.
- Falls Sie Ihre Anmeldung zurückziehen möchten, bitten wir um eine kurze telefonische /schriftliche **Rückmeldung**, damit wir die Warteliste aktualisieren können.
- Wir versenden **keine Eingangsbestätigung** ihrer Anmeldung. Sie erhalten Nachricht von uns, sobald ein Therapieplatz für Sie zur Verfügung steht. Bei Bedarf können Sie sich gerne eine **Kopie Ihrer Anmeldung** machen. Dann haben auch Sie alle Infos/Kontaktdaten Ihrer Anmeldung.
- Mehr Informationen zur Psychotherapie, über uns / unsere Praxis finden Sie auf unserer **Homepage** (s.o.).
- Bei **weiteren Fragen** können Sie gerne **telefonisch oder per email mit uns Kontakt aufnehmen**. Eine schriftliche Email-Anmeldung ist nicht möglich.

**Rückseite nicht vergessen (Informationen zu Ihren Beschwerden und Probleme kurz aufschreiben!)**

Wir bemühen uns um eine schnellst mögliche Unterstützung. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihr Vertrauen und Ihr Verständnis!

