

Anmeldebogen - ambulante Psychotherapie Bereich Kinder / Jugendliche / junge Erwachsene

Bitte an:



IVT - Institut für Verhaltenstherapie GmbH
Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
Richard-Wagner-Straße 9 / 2. OG
04109 Leipzig



0341 - 33789067

* Bitte beachten: Die Anmeldung ist aus Datenschutzgründen nicht per Mail möglich.

Persönliche Angaben zum Kind / Jugendlichen / jungen Erwachsenen bis zum 20. Geburtstag

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort: Straße / Nr.:

Tel.-Nr.:

Krankenkasse:

WIR BEHANDELN AUSSCHLIESSLICH IM RAHMEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

Sorgeberechtigte Personen: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund ☐ andere

(Vorname, Name)

1. Kurze Angaben zu aktuellen Beschwerden/Problemsituation

2. Welche Behandlungen wurden diesbezüglich bereits durchgeführt?

(u.a. Vorbehandlungen am IVT Leipzig, andere Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum)

**3. Sind bereits Geschwister (bzw. Halb-, oder Stiefgeschwister) in unserer Ambulanz in Behandlung?
Wenn ja, bei welcher/m Therapeutin/en?**

4. Organisation für die Terminvereinbarung

An welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten können Sie bzw. der/die Patient*in regelmäßig Termine für jeweils 1 Std. wöchentlich wahrnehmen?

- ☐ Montag, abUhr
☐ Dienstag, ab Uhr
☐ Mittwoch, abUhr
☐ Donnerstag, abUhr
☐ Freitag, abUhr

5. Wer hat diese Anmeldung veranlasst bzw. vorgenommen ?

Name: Tel.:

Welchen beruflichen oder privaten Bezug haben Sie zum Patienten?

.....

Bitte beachten Sie, dass eine Einbestellung zum Ersttermin (bei unter 16jährigen Patienten) nur mit Einverständnis / Vollmacht der Sorgeberechtigten erfolgen kann!

Vielen Dank! Ihre Daten werden entsprechend DSGVO vertraulich behandelt.

Wir melden uns telefonisch (bei der Familie bzw. dem Patienten), sobald ein Termin für ein Erstgespräch möglich ist. Vielen Dank!