



## Anmeldebogen

(Nachdem die Anmeldung bei uns angekommen ist, melden wir uns bei Ihnen. Dann können Sie noch Fragen stellen und wir vereinbaren einen Termin.)

Datum:

\_\_\_\_\_

### Wofür möchten Sie sich anmelden?

#### Beratung und Einzeltherapie:

- Eltern-Säuglings-Sprechstunde
- Psychotherapie für Kinder o. Jugendliche
- Psychotherapie für Erwachsene
  - Patient:innen mit Borderline PS
  - Pferdegestützte Psychotherapie
  - Sprechstunde für Skin Picking, Trichotillomanie und andere BFRBDs

#### Gruppenangebote für Erwachsene:

- Eltern-Fertigkeiten Training
- Leuchtturm
- Trauma-Gruppe

Name Patient:in:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Krankenkasse:

gesetzlich  privat

\_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung

*Ggf. Namen der*

*Erziehungsberechtigten:*

(Bei Anmeldungen von Minderjährigen bitte Kontaktdaten der Eltern angeben)

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Straße

PLZ, Ort

Telefon:

\_\_\_\_\_

Festnetz

Mobil

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Aus welchem Grund melden Sie sich bei uns?

**Vielen Dank für Ihre Anmeldung! Wir werden uns zeitnah bei Ihnen melden.**

#### Datenschutzhinweis

Wir weisen Sie darauf hin, dass in diesem Anmeldeformular personenbezogene Daten erhoben werden. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Die bei uns eingegangenen Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert, werden nicht an Dritte weitergegeben und werden ausschließlich im Rahmen Ihrer Behandlung in unserem Institut verwendet. Falls Sie uns das Formular per E-Mail senden, beachten Sie bitte, dass E-Mails i.d.R. unverschlüsselt versendet werden und damit nicht geschützt sind. Sie können uns Ihr Formular daher auch auf dem Postweg zukommen lassen.

(wird vom Institut ausgefüllt)

#### Kontaktergebnis:

Anmeldebearbeiter

\_\_\_\_\_

Kennung

Termin vereinbart für

Datum:

Uhrzeit:

\_\_\_\_\_