

## Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie für die Anmeldung folgende Fragen möglichst vollständig und sorgfältig. So können wir besser einschätzen, ob Sie mit Ihrer Symptomatik bei uns angemessen behandelt werden können und um uns auf Sie vorzubereiten. Kreuzen Sie das Zutreffendes an oder schreiben Sie die Antwort in die dafür vorgesehen Kästen. Senden Sie den Anmeldebogen ausgefüllt an

**AsysTh-Ausbildungsinstitut, Zamdorfer Str. 100, 81677 München. . Bitte beachten Sie, dass der Versand per E-Mail an [therapie@asysth.de](mailto:therapie@asysth.de) nicht den datenschutzrechtlichen Vorgaben entspricht.**

Hinweis: Ihre Angaben, die von Ambulanzleitung und zuständiger Therapeut\*in gelesen werden, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen. Die Patienteninformation zum Datenschutz liegt aus und kann jederzeit eingesehen und ausgehändigt werden.

Vielen herzlichen Dank!

### 1. Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geb.-datum:

Geschlecht:

weiblich  männlich  divers

Anschrift:

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (bitte mindestens 1 auswählen):

Telefon privat:

Handy:

Dienstlich:

Auf Anrufbeantwortersprechen erlaubt?

ja

nein

E-Mail -Adresse:

Ich bin einverstanden, dass ich per E-Mail von der Ambulanz kontaktiert werde. Es ist mir bekannt, dass E-Mails keinem besonderen datenrechtlichen Schutz unterliegen.

### 2. Angaben zur Krankenkasse

Gesetzliche Krankenkasse:

Selbstzahler (Honorarvereinbarung)

### 3. Staatsangehörigkeit(en)

Geburtsort

Konfession

  
  

### 4. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig  verheiratet  wieder verheiratet  geschieden  verwitwet

sonstig

### Wie ist Ihre aktuelle Partnersituation?

kein Partner

wechselnde Partner

fester Partner

getrennt lebend

zusammenlebend

sonstig

**Haben Sie Kinder?**

Ja  Nein

Wenn ja, wie alt sind sie:

**In wessen Haushalt leben Sie aktuell?**

im Haushalt der Eltern  eigener Haushalt: mit Partner  mit eigener Familie  
 alleine  Wohngemeinschaft: z.B. therapeutisch betreut

**5. Bildung**

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie:

Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie:

Bitte benennen Sie Ihre (zuletzt ausgeübte) berufliche Tätigkeit

Sind Sie derzeit erwerbstätig?

Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Stunden / Woche arbeiten Sie:

**6. Angaben zur Therapie?**

Wie wurden Sie auf die AsysTh-Ambulanz München aufmerksam?

Einige Stichworte zum jetzigen Anlass der Psychotherapie?

Einige Stichworte zu Ihrem Anliegen? Was möchten Sie erreichen?

Haben Sie schon einmal eine ambulante oder stationäre Psychotherapie durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn Ja, wann und bei wem (bzw. wo)?

Nehmen Sie derzeit Psychopharmaka?

Ja  Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung:

Wo sind Sie derzeit sonst noch in Behandlung:

**7. Welche körperlichen oder psychischen Diagnosen wurden bei Ihnen früher bereits gestellt?**

**Bitte beachten Sie**

- Ein Termin zur Sprechstunde ist gesetzlich vorgeschrieben und dient der Abklärung des Therapiebedarfs.
- Der Termin zur Sprechstunde ist keine Zusage für einen Therapieplatz.
- Bitte bringen Sie Vorbefunde und Arztberichte mit.
- Für kurzfristige Terminabsagen (am vereinbarten Tag abgesagt) oder Nichterscheinen behalten wir uns die Berechnung eines Ausfall Honorars in Höhe von 80,- Euro vor.