

# Psychologische Praxis Dipl.Psych. W.Sutor

Tel.+ Fax 0681/665655

An die  
Psychologische Praxis  
Dipl. Psych. W. Sutor  
Lessingstrasse 24  
66121 Saarbrücken

## Anmeldebogen\*

für

Einzeltherapie       Gruppentherapie       Paarberatung/-therapie

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitszeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

(Ehe-)Partner (z. Bsp. bei Paartherapie):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

ledig\*     zus.lebend\*     verheiratet\*     getrennt\*     geschieden\*     verwitwet\*

\_\_\_\_\_  
\*) zutreffendes bitte ankreuzen, bzw. unterstreichen und zurückschicken

**Name und Alter der Kinder:**

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

**Hausarzt:** (Anschrift, falls zur Hand):

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Welcher Krankenkasse gehören Sie an?**

\_\_\_\_\_

**Wurde schon einmal ambulante\*/stationäre\* Psychotherapie durchgeführt?**

Wann: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

**Schildern Sie bitte kurz Ihre derzeitigen Beschwerden:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam gemacht?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

***Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass evtl. Wartezeiten entstehen können und bitten diese zu entschuldigen. Sie werden schnellstmöglich zu einem ersten Gespräch eingeladen. Bitte bringen Sie Ihre Krankenversicherungskarte (evtl. Überweisung), ggfs. Arztberichte/Vorbefunde mit.***