



AUFNAHMEBOGEN FÜR IHREN ERSTEN TERMIN

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: gesetzlich ☐ privat ☐

Krankenkassenname: _____

Hausarzt: _____ Bericht an Arzt erwünscht? ja ☐ nein ☐

(Falls Sie einen **Bericht** wünschen, bringen Sie bitte eine **Überweisung** zum Ersttermin mit)

Sind Sie aktuell krankgeschrieben? ja ☐, seit _____ von _____ nein ☐

Benutzen Sie die App für die elektronische Gesundheitskarte? ja ☐ nein ☐

Waren Sie schon einmal in **psychiatrischer** Behandlung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wo und wann? Arzt: _____ Jahr: _____

Waren Sie schon einmal in **psychotherapeutischer** Behandlung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wo und wann? Therapeut: _____ Jahr: _____

Geburtsort: _____ Geschwister: _____

Schulabschluss: _____ Ausbildung/Studium: _____

Ihr aktueller Beruf: _____

Familienstand/Kinder (Alter): _____

Vorerkrankungen: _____

Aktuelle Medikamente: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wieviel? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Bitte schildern Sie kurz Ihren Grund für die Kontaktaufnahme sowie Ihr derzeitiges seelisches und körperliches Befinden mit zeitlichem Beginn. Wurde evtl. bereits eine Diagnose gestellt?

Zu welchen Zeiten können Sie Termine wahrnehmen? (Bitte geben Sie Terminwünsche an oder kreuzen Sie Uhrzeitspannen zu den jeweiligen Wochentagen an)

Wünsche:

Mo	8.00-10.00	10.00-13.00	
Di	8.00-10.00	10.00-13.00	14.00-16.00
Mi	8.00-10.00	10.00-13.00	14.00-16.00
Do	8.00-10.00	10.00-13.00	
Fr	8.00-10.00	10.00-13.00	

Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme (bzgl. Terminvereinbarung, evtl. Terminabsagen)? ☐ telefonisch oder/und ☐ per E-Mail

Bitte informieren Sie mich rechtzeitig, falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können. Vereinbarte Termine sind verbindlich. Terminabsagen können telefonisch unter der 089 559 246 49 oder per E-Mail praxis.helo@gmail.com erfolgen.

Sollten Sie Ihren Termin sowie Folgetermine NICHT mindestens 24 Stunden vorher abgesagt haben, wird Ihnen privat ein Ausfallhonorar über 50€ in Rechnung gestellt.

Eine Sprechstunde beträgt maximal 50 Minuten. Bitte planen Sie diese Zeit ein. Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin Ihre **gültige Versichertenkarte, evtl. Vorbefunde sowie Ihren Medikamentenplan** mit.

Bei weiteren Terminen ist **die Vorlage der gültigen Versicherungskarte zu jedem neuen Quartal verpflichtend**, da sonst keine weiteren Termine vergeben werden können.

Die Informationen zur Verbindlichkeit der vereinbarten Sprechstunde habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____