



Dr. Dipl. Psych. Guy Saar
Psychologischer Psychotherapeut
Praxis für Verhaltenstherapie, Sachverständigkeit und Forschung
Luegallee 53 · 40545 Düsseldorf
Heumarkt 64-66 · 50667 Köln
Telefon: 0211 - 46 86 40 22 · Telefax: 0211 - 46 86 40 23
www.drguysaar.de · praxis@drguysaar.de

Anmeldung zur Aufnahme in die psychotherapeutische Sprechstunde

Zur Anmeldung zum Erstgespräch in unserer Praxis benötigen wir einige Basisinformationen, welche jetzt schon der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und von uns **unbedingt vertraulich** behandelt werden.

1. Vor- und Nachname _____

2. Geburtsdatum und Familienstand _____

4. Straße und Hausnummer _____

5. Postleitzahl und Ort _____

6. Persönliche E-Mail-Adresse (sehr wichtig) _____

7. Aktuelle Telefonnummer (möglichst zwei) _____

8. Gegenwärtiger Beruf _____

Bitte unterstreichen Sie folgende zutreffende Angaben:

10. **Kostenträger:** Gesetzliche Krankenkasse, Privatversicherung oder Selbstzahler

11. **Wurde in den letzten zwei Jahren eine ambulante Psychotherapie bereits durchgeführt?**

Nein. Ja, und zwar eine - Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse

12. **Haben Sie sich bereits einer stationär-psychiatrischen Behandlung unterzogen?** Nein. Ja.

13. **Wurden Sie selbst oder eine andere Ihnen nahestehende Person bereits in unserer Praxis behandelt?**

Nein. Ja, ich selbst. Ja, eine andere Person meines engeren Kreises.

14. **Folgende Beschwerden veranlassen mich, einen Psychotherapeuten aufzusuchen:** Kopfschmerzen, Schwindel, Schwächeperioden, Ohnmacht, Müdigkeit, Herzrhythmusstörungen, Magenbeschwerden, auffälliges Essverhalten, Verdauungsstörungen, Schlafunregelmäßigkeiten, Spannungszustände, übermäßiger Alkoholkonsum, Einnahme von Beruhigungs-, Schlaf- oder Betäubungsmitteln, Panikattacken, Zwänge, Wahrnehmungsstörungen, sexuelle Probleme, Belastungen im Berufs-, Sozial- oder im Privatbereich, Selbstentwertungen, Resignationen, Vermeidung von Sozialsituation, Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen, "Nein" zu sagen oder Grenzen zu setzen, Konzentrationsstörungen, Wutreaktionen, ein häufiges Streitverhalten, Gewalt, bisherige Konflikte mit dem Strafgesetz, Selbstverletzungen, Suizidgedanken oder -versuche.

Sonstige für das Erstgespräch relevante "Baustellen":

15. **Nehmen Sie zurzeit Psychopharmaka ein? Falls ja, bitte geben Sie diese an:**

Rechtliche Hinweise zur Kenntnisnahme: Bitte sorgfältig lesen und unterschreiben.

Datenschutzgesetz und ärztliche Schweigepflicht: Mit der Angabe der oben angegebenen persönlichen Emailadresse erkläre ich mich mit der Übermittlung von digitaler Post organisatorisch-administrativer Natur seitens der Praxis einverstanden.

Ärztliche Ausfallregelung der Bestellpraxis: Ich verpflichte mich, den mit der Praxis vereinbarten Termin zur ersten psychotherapeutischen Sprechstunde wahrzunehmen oder gegebenenfalls diesen innerhalb von **zwei Werktagen** vor dem Termin abzusagen, damit die Praxis diesen noch rechtzeitig anderweitig belegen und finanziellem Schaden entgegen kann. Im Falle eines Nichterscheinens oder einer kurzfristigen Absage entschädige ich die Praxis mit einem Ausfallhonorar entsprechend dem aktuellen Vergütungssatz der gesetzlichen Krankenkassen oder der Gebührenordnung der Ärzte und Psychotherapeuten. Der Ausfallhonoraranspruch hängt von meinem persönlichen Verschulden nicht ab und entfällt nur dann, wenn die Praxis den kurzfristig abgesagten Termin doch anderweitig vergeben konnte. Mir steht frei, den Beweis eines geringeren Schadens zu erbringen.

Ort & Datum

Unterschrift