

Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie

Dr. phil. Dipl.-Psych. Simone Goebel

Sophienblatt 19, 24103 Kiel

Telefon: 0431-58094190

E-Mail: praxis@therapie-goebel.de

Web: www.therapie-goebel.de

KONTAKTINFORMATIONEN UND PERSÖNLICHE DATEN

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Dürfen anderen Personen/Anrufbeantworter Nachrichten hinterlassen werden?

Privat _____ ja nein

Mobil _____ ja nein

ggf. Dienstlich _____ ja nein

Einverstanden mit Kommunikation über SMS: ja nein

Email: _____

Mögliche Zeitfenster für Therapie: vormittags nachmittags abends Schichtdienst

Krankenversicherung: _____

Art der Versicherung: privat Beihilfe Selbstzahlerin BG sonstiges:

Geschlecht: weiblich männlich divers

Familienstand: verheiratet Partnerschaft ledig geschieden sonstiges:

Anzahl Kinder: _____ **Alter und Geschlecht:** _____

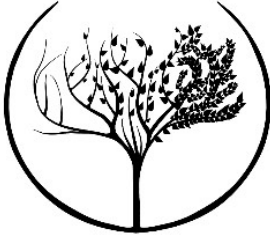
höchster Schulabschluss: _____

gelernter/studierter Beruf: _____

aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

Stunden pro Woche: Vollzeit Teilzeit mit _____ Wochenstunden trifft nicht zu

Name, Telefon & Anschrift Hausarzt/Hausärztin: _____



Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie

Dr. phil. Dipl.-Psych. Simone Goebel

Sophienblatt 19, 24103 Kiel

Telefon: 0431-58094190

E-Mail: praxis@therapie-goebel.de

Web: www.therapie-goebel.de

weitere Mitbehandler:innen

Fachgebiet: _____ Name, Telefon und Anschrift: _____

Fachgebiet: _____ Name, Telefon und Anschrift: _____

Vorbehandlungen

1. Stationäre Psychotherapien

Von wann bis wann?	Wo?	Diagnose / Grund

2. Ambulante Psychotherapien

Von wann bis wann?	Bei wem?	Diagnose / Grund

3. Medikamentöse Vorbehandlungen (Psychopharmakotherapie)

Von wann bis wann?	Medikament / Dosierung	Diagnose / Grund

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein, welche sich auf Stimmung/Befinden/Schlaf

auswirken? nein ja, und zwar (Name, Dosierung): _____

Weitere Medikamente: _____
