

Anmeldeformular

Persönliche Angaben:

Name _____

E-Mail _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Zivilstand/Kinder _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Beruf und Arbeitssituation (Arbeitspensum/arbeitslos/krank etc.):

Grund der Anmeldung:

Kostenträger:

Selbstzahler Krankenkasse (Name und AHV Nr.)

Andere (z.B. IV, UV)

Ich war schon in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung:

ja nein

Wenn ja, wann und Name des Behandlers:

Zuweisender Arzt (Name und Adresse):

Hausarzt (Name und Adresse):

Kontaktperson im Notfall inkl. Telefonnummer

Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie das ZFPP – Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie von der Schweigepflicht gegenüber der erwähnten Kontaktperson im Notfall sowie gegenüber den oben genannten Arztpraxen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit oben gemachter Angaben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____