



### Anmeldung für die Warteliste

Aufgrund des großen Bedarfs an Psychotherapie, der Dauer der Behandlung und der daraus resultierenden Auslastung der Praxen ist oftmals kein freier Psychotherapieplatz vorhanden. Mit der Zusendung (per E-Mail oder per Post) des ausgefüllten Formulars werden Sie / wird Ihr Kind in die Warteliste aufgenommen. Die Angaben sind freiwillig, helfen jedoch dabei, einen ersten groben Eindruck zu bekommen. Wenn sich ein freier Platz ergibt, werden wir versuchen, Sie zu kontaktieren. Zusätzlich gilt unsere Empfehlung: fragen Sie parallel weiterhin auch bei anderen Therapeutinnen / Therapeuten nach freien Plätzen; dies hat keine Auswirkungen auf die Aufnahme in unsere Warteliste. Wir bitten jedoch um eine kurze Nachricht, falls sie anderweitig einen Platz erhalten haben.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Ausgefüllt von:** \_\_\_\_\_

### Angaben zu Patient/in:

Vorname und Name Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Festnetz / Handy) ggf. E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Versicherung:**  gesetzlich  privat  Beihilfe

**Schule** (Schulform und Klasse) bzw. Beruf /Arbeit: \_\_\_\_\_

### Patient/in lebt bei:

beiden Eltern  leiblicher Mutter  leiblichem Vater  anderen: \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:**  gemeinsam  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

### Grobe Beschreibung der Symptomatik / des Anliegens:

---

---

---

---

---

Einverständniserklärung mit der Aufnahme in die Warteliste und zur Kommunikation über E-Mail und/oder Kurznachrichtendienste (SMS, Whatsapp, o. ä.) Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, in die Warteliste für einen Therapieplatz aufgenommen zu werden und zum Zwecke von Terminabsprachen oder kurzem Informationsaustausch mit der Praxis über E-Mail und Kurznachrichtendienste unter Verwendung der o. g. E-Mail-Adresse und Mobiltelefonnummer zu kommunizieren. Es werden über diese Plattformen grundsätzlich keine medizinisch sensiblen Daten versendet. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in, gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_