

Anmeldebogen zur Aufnahme in die Warteliste

... für eine Einzeltherapie eine Gruppentherapie

Name:

Vorname:

Geschlecht:

weiblich männlich divers

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Wünschen Sie eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per Mail? Ja Nein (Eine Bestätigung erfolgt ausschließlich an die auf diesem Anmeldebogen **angegebene E-Mail-Adresse**.)

Krankenkasse:

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

- Hausarzt/-ärztin
 Kinderarzt/-ärztin
 Psychiater_in
 Neurologe/Neurologin

Vermittlung durch (nur bei Kindern / Jugendlichen):

Eltern(teil) Bezugsperson Vormund / Schutzbeauftragter

Name:

Vorname:

Wann kann eine Therapie durchgeführt werden?

morgens mittags nachmittags abends zeitlich flexibel

Wochentag: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Fahrbereitschaft zur Behandlungsstätte: > 50 km 20-50 km 10 km oder weniger

Haben Sie einen Therapeutenwunsch? weiblich männlich kein Wunsch

Ausbildungsstätten für Psychotherapie und Hochschulambulanzen

Wissenschaftliche Leitung: Priv.-Dozent Dr. Joseph

Bisherige Psychotherapien (innerhalb der letzten 5 Jahre): <input type="checkbox"/> bisher keine psychotherapeutische Behandlung <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt mit psychotherapeutischer Behandlung	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Schildern Sie kurz den Grund für den Wunsch einer Psychotherapie:	

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Ihre persönlichen Angaben sind freiwillig und werden von der Hochschulambulanz streng vertraulich behandelt. Ihr Daten werden nur für interne Zwecke genutzt. Falls es nicht möglich sein sollte, Sie oder Ihre Tochter/Ihren Sohn bzw. Ihre/Ihren Schutzbefohlene_n innerhalb von 6 Monaten an einen unserer Therapeut_innen zu vermitteln, werden wir Sie informieren, dass wir Ihre Anfrage nicht weiter bearbeiten können. Danach wird dieses Dokument datenschutzrechtlich vernichtet.

Rücksendung erbeten an:

Per Mail: Hochschulambulanz@uni-oldenburg.de	Per Post: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg Hochschulambulanz für Psychotherapie / C3L Uhlhornsweg 99c 26129 Oldenburg
--	--