

Praxis für Psychotherapie & Sexualtherapie  
Dr. Philipp Stang  
Arztnummer: 508240469  
Betriebsstätte: 666910300  
  
Karlstraße 1  
90513 Zirndorf  
  
Tel.: 0911 133 860 79  
Fax: 0911 923 893 67  
  
www.praxis-stang.de  
mail: sekretariat@praxis-stang.de

## Anmeldeformular

Name: .....

Adresse: .....

Telefon: (tagsüber).....(abends).....

Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Aktuelle berufl. Tätigkeit bzw. Schule u. Klasse: .....

Ggf. Sorgerecht: ..... Krankenversicherung: .....

Vorstellungsanlass/Problem, ggf. Diagnosen: .....

.....

Hat in den letzten 2 Jahren bereits eine Psychotherapie stattgefunden? .....

Wenn ja, bei wem: .....

Psychoth. Verfahren:  Verhaltenstherapie  tiefenpsycholog./psychoanalytische Therapie

Zeitliche Verfügbarkeit: An welchen Tagen könnte um wie viel Uhr eine Therapie stattfinden?

.....

Weitere Informationen: .....

.....

Datum: .....

Vielen Dank für Ihre/Deine Bemühungen.

Da die Therapeuten in der Praxis selbständig arbeiten, nehmen Sie bitte ab der Erstvorstellung ausschließlich direkt mit Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin Kontakt über die Telefonnummer auf, die Sie von Ihr/Ihm ausgehändigt bekommen haben und sprechen ggf. auf die Mailbox (siehe auch Telefonnummern auf der Homepage). Das Sekretariat ist ausschließlich für Neuanmeldungen besetzt.