

Anmeldeformular

Praxis Dr. Stang

Dr. Philipp Stang

Saarlandstr.5
90513 Zirndorf

Tel.: 0911 133 860 79

Fax: 0911 923 893 67

sekretariat@praxis-stang.de

www.praxis-stang.de

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon: (tagsüber) _____

(abends) _____

Adresse:

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

ggf. Sorgerecht : _____

Krankenversicherung: Privat Gesetzlich Krankenversicherungsnummer _____

Krankenkasse: _____

Vorstellungsanlass/Problem, ggf. Diagnosen: _____

Hat in den letzten 2 Jahren bereits eine Psychotherapie stattgefunden? : _____

Wenn ja, bei wem: _____

Therapieverfahren: Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie systemische Therapie

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

Weitere Informationen: _____

Datum: _____

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.