

## Anmeldebogen zur systemischen Therapie

Ich freue mich über Ihr Interesse an einem Behandlungsplatz in meiner Psychotherapiepraxis. Vorab möchte ich Sie über zwei Rahmenbedingungen informieren:

Ein Bestandteil der Therapie kann – nach vorheriger Aufklärung und Einwilligung – die Videoaufzeichnung einzelner Sitzungen, sowie die Teilnahme an einer regelmäßigen Gruppentherapie sein.

Ich bitte Sie, mir dieses Dokument ausgefüllt per E-Mail (als PDF, bitte nicht als Foto/JPG) an [praxis@theimann.de](mailto:praxis@theimann.de) zuzusenden.

Herzlichen Dank!

Nachname	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Straße / Hausnr.	
PLZ/Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

Selbstzahler:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---------------	-----------------------------	-------------------------------

Art der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe. <input type="checkbox"/> gesetzlich
Name der Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

1. Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Psychotherapie gemacht?  
Falls ja, bei wem:
2. Wer sind aktuell die wichtigsten Menschen in Ihrem Umfeld/ in Ihrem Leben?
3. Welche Ihnen wichtigen Menschen könnten Sie zur Therapiesitzung mitbringen? (z.B. Partner/in; Eltern; Kinder etc.)

4. An welchen Gruppentherapien (100 min) möchten Sie teilnehmen?

- Gruppe für Einzelpersonen - Mo / Di / Mi / Do vormittags 9:00 Uhr
- Gruppe für Einzelpersonen - Mo / Di / Mi / Do nachmittags 16:30 Uhr
- Gruppe für Einzelpersonen - Di / Mi abends 18:30 Uhr
- Gruppe für Familien (feste Termine - Samstag 12:00 Uhr)
- Gruppe für Paare (feste Termine - Mittwoch 18:00 Uhr)
- Wartelisten-Gruppe für Einzelpersonen - Do vormittags 9:00 Uhr
- Wartelisten-Gruppe für Einzelpersonen - Do abends 18:00 Uhr

5. Möchten Sie ausschließlich eine EMDR - Behandlung haben?

- Ja  Nein

6. Woran werden Sie feststellen, dass die Therapie ein Erfolg ist?

7. Was sind bisher Ihre nützlichsten Strategien mit dem Problem/Ihrem Anliegen zurechtzukommen?

8. Geben Sie bitte an, an welchen Wochentagen Sie notfalls auch vormittags könnten (bitte ankreuzen):

Zeit:	8:00 - 09:00	10:00 - 11:00	11:00 - 12:00
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Bitte senden Sie die Unterlagen als .pdf per E-Mail an [praxis@theimann.de](mailto:praxis@theimann.de) oder postalisch an die Solingerstr. 6, 428547 Remscheid.