

Praxis  
Dipl.-Psych. Bettina Kroll  
-Außenambulanz NIVT Bremen-  
Theodor-Heuss-Platz 13  
27568 Bremerhaven

## ANMELDEBOGEN - bitte SELBSTÄNDIG und sehr sorgfältig ausfüllen!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Str./Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? JA  NEIN

Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? JA  NEIN

Sind Sie bereits berentet? JA  NEIN

Wenn ja, Rentenform: \_\_\_\_\_

Sie sind \_\_\_\_\_ gesetzlich krankenversichert  privat krankenversichert

Ihnen wurde die Kostenübernahme der Psychotherapie durch eine Berufsgenossenschaft schriftlich  
zugesichert JA  NEIN

Welcher Arzt kümmert sich um Sie?  
(Name des Arztes) \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal AMBULANTE Psychotherapie gemacht? JA  NEIN

Wenn JA, von wann bis wann? \_\_\_\_\_ Wie viele Stunden? \_\_\_\_\_

Bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Therapieform?  
Verhaltenstherapie  tiefenpsychologisch  Psychoanalyse

Wenn Sie die Therapie abgebrochen (nicht regulär beendet) haben, begründen Sie den Abbruch  
ausführlich auf der nächsten Seite!

Sind Sie damit einverstanden, neben der Einzeltherapie eine ergänzende Gruppentherapie  
durchzuführen? JA  NEIN

Wurden Sie bereits STATIONÄR psychotherapeutisch behandelt? JA  NEIN

Wenn JA: Legen Sie dieser Anmeldung bitte alle bei Ihnen vorhandenen Berichte darüber bei und/oder  
bitten Sie Ihren Arzt, uns alle bei ihm vorliegenden Berichte über die stationäre(n) Behandlung(en) zu  
schicken. Ohne Vorlage solcher Berichte kann die Behandlung nicht beginnen.

