

**Anmeldeformular für eine Psychotherapie
bei Dr. phil. Dipl. Psych. Michael Raisch**
Kräuterweg 1, 85757 Karlsfeld
Email: m-raisch@web.de Tel. 08131 / 7591720

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Ausbildung / Beruf	
Familienstand		Kinder (mit Alter)	
Adresse: Wohnort		Straße	
Krankenkasse		Selbstzahler	Ja Nein
Bisherige psycho- therapeutische Behandlungen	Klinikaufenthalte	Ambulante Therapien	Von wann bis wann:
Telefon Festnetz Nr.		Wann am besten erreichbar	
Handy Nr.		Wann am besten erreichbar	
Bevorzugte Zeiten für Therapietermine:		Ausgeschlossene Zeiten:	
Termine flexibel	Ja Nein	Auch kurzfristig	Ja Nein
Emailadresse:			
Aktuelle Beschwerden / Probleme:			
Therapieziele:			
Wie haben Sie von mir gehört?			

Der **Leitfaden für Psychotherapie** dient als Grundlage für eine Psychotherapie
**Bitte nach dem Absenden ca. einmal monatlich mittels einer kurzen Email Ihre
Anwartschaft auf einen Therapieplatz bestätigen**

ich bin einverstanden Terminabsprachen und kurze Benachrichtigungen mittels
Email zu korrespondieren