

Basisinformationsbogen

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum Erstgespräch mit. Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Vielen Dank.

Angaben zur Person					
O Frau		O Herr		O andere Anrede _____ Titel _____	
Nachname					
Vorname					
Gewünschte Ansprache					
Geburtsdatum					
Geburtsort, -land					
Straße, Nr., Zusatz					
PLZ, Wohnort					
Partnerschaftsstatus					
Berufsausbildung/-status					
Aktuelle Tätigkeit					
Mail					
Mobiltelefon					
Festnetz					
Bevorzugte Kontaktmöglichkeit(en)		O Mail	O SMS	O Mobiltelefon	O Festnetz
Bevorzugte Kontaktmöglichkeit(en) kurzfristig		O Mail	O SMS	O Mobiltelefon	O Festnetz
Bei Selbstzahlenden/ Zusatzleistungen/ etc.: Wie darf Rechnung übermittelt werden?		O Mail	O Postalisch		
Angaben zum Versicherungsstatus					
O Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)		O Private Krankenversicherung (PKV)			
O Beihilfeberechtigung zu _____ %		O Selbstzahler:in			
Versicherungsnummer					
Kennnummer Versicherungskarte					
Name der Versicherung					
Straße, Nr., Zusatz					
PLZ, Ort					
Telefon		Mail			
Sonstige Information (Versicherungsstatus, etc.)					

Medizinische Begleitung	
Allgemeinärzt:in/ Praxis für...	
Titel, Vorname, Nachname	
Straße, Nr., Zusatz	
PLZ, Ort	
Telefon	
Mail	
Weitere (überweisende) Fachpraxis	
Titel, Vorname, Nachname	
Straße, Nr., Zusatz	
PLZ, Ort	
Telefon	
Mail	
Weitere Unterstützungnetzwerke (therapeutisch, sozialpsychiatrisch, etc.)	
Name der Einrichtung	
ggf. Ansprechpartner:in	
Straße, Nr., Zusatz	
PLZ, Ort	
Telefon	
Mail	
Auftrag	
Name der Einrichtung	
ggf. Ansprechpartner:in	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort, Zusatz	
Telefon	
Mail	
Auftrag	
Ort, Datum	Unterschrift