

## **Therapieanbieter:**

**Praxis:**

Adresse:

**Straße:**

**Plz/Ort**

**Telefon:**

Fax:

**E-Mail:**

Webseite:

**Ansprechpartner:**

**Art der Kontaktaufnahme:** ( feste Sprechzeiten bitte angeben)

*Auswahl:* Email / Telefon

*Textfeld:*

**Therapiemethode:**

*Auswahl:* Analyse / Verhaltenstherapie /Gesprächspsychotherapie /Mischformen

**Für:** *Auswahl:* Kinder & Jugendliche / Erwachsene / Beides

**Wartezeit bis zum Vorgespräch:**

**Wartezeit bis Therapiebeginn:**

**Gutachten:** *Auswahl:* Ja / Nein / Keine Angabe

**Abrechnung: (Bitte Ankreuzen was Möglich ist)**

- Gesetzlich Versicherte
- Privat Versicherte
- Selbstzahler

Komorbiditäten : Ausschlusskrankungen?

Indikationsschreiben: *Auswahl:* Ja / Nein / Keine Angabe

Besonderes:

***Bitte bei den Auswahlfeldern unzutreffendes streichen, Fettgedrucktes bitte ausfüllen.***