

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Erreichbarkeit:

Datum:

## PRAXIS FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Dr. med. Annette Richter

Tel.: 03641/232959

Reichardtstieg 2

Fax: 03641/232938

07743 Jena

www.praxis-dr-annette-richter.de

### **ANMELDUNG ZUR PSYCHIATRISCH - PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG**

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
um Ihre Anmeldung in meiner Praxis besser bearbeiten zu können, beantworten Sie  
bitte folgende Fragen und senden Sie den ausgefüllten Bogen an die Praxisadresse per  
Post zurück.

**ZUTREFFENDES BITTE UNTERSTREICHEN!**

#### **Weswegen wünschen Sie einen Termin?**

Überweisung vom Hausarzt (ggf. Name des Hausarztes: .....)

Fortführung der Behandlung nach Krankenhausaufenthalt oder Umzug

#### **Kassenärztliche Behandlung**

Suchtsprechstunde – Probleme mit Alkohol und Drogen – Diagnostik und ambulante Behandlung bei  
Suchterkrankung – Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit

Diagnostik und Behandlung bei Depression, Angst, Psychose, Persönlichkeitsstörung oder sonstigen  
psychischen Störungen (z.B.: Essstörung, Psychosomatische Störung, Demenz u.a.)

Psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung bei schwerer Krankheit – Schmerzen –  
Krebserkrankung – Palliativmedizinische Mitbehandlung

Psychotherapie (Tiefenpsychologisch orientierte Gesprächstherapie) als Einzelgespräche oder

als Gruppenbehandlung

Gesprächsgruppe für Patienten mit Angst und Depression (integrativ dynamisch mit verhaltenstherapeutischen und edukativen Anteilen)

Psychoedukation – Psychoedukative Gesprächsgruppe für Patienten mit Psychosen

Gruppentherapie für Senioren (kognitives Training, Entspannungstherapie und psychoemotional aktivierende und stabilisierende Gesprächstherapie)

### **Private Behandlung, Vorsorgeuntersuchungen**

Vorsorgeuntersuchung bei BURN OUT – Entspannungstraining zur Prävention

Biofeedback bei Ängsten, Kopf- oder Rückenschmerzen, Migräne, psychosomatischen Erkrankungen – Suchtberatung – Raucherentwöhnung – Gewichtsregulierung

Mediation in Konflikt- und Problemsituationen

Beratung zu persönlichen Problemen, Konflikt - Management und –Vermittlung

Training sozialer Kompetenzen – Selbstsicherheitstraining

GEDÄCHTNISPRECHSTUNDE – Vorsorgediagnostik für Senioren

Vorsorgediagnostik bei BURN OUT – Fragen zur Fahrtüchtigkeit bzw. Fahrerlaubnis

### **Zur Person**

#### ***Sie sind:***

selbständig – berufstätig – arbeitssuchend – Hausmann oder Hausfrau – Rentner – Student

Sonstiges:.....

***Sind Sie zur Zeit krank geschrieben?*** Ja – Nein

***Wie lange schon?*** Seit.....

***Von wem?*** .....

In sehr dringenden Fällen bitte ich um eine Kontaktaufnahme über Ihren Hausarzt / Klinikarzt / Psychologischen Psychotherapeuten per Telefon!

***Waren Sie bereits in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?***

Wann?.....

Wo?.....

***Haben oder hatten Sie chronische Leiden und Erkrankungen / Operationen / Unfälle?***

Welche?.....

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

Welche?.....

.....

**Welche zeitlichen Vorstellungen haben Sie von einer Behandlung?**

Einmalig / 1 x wöchentlich / 1-2 x monatlich / 1 x im Quartal

Sonstiges: .....

**Übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungen/ Vorsorgeuntersuchungen?**

Name der Kasse:.....

**Wie alt sind Sie?**

Unter 30                      30-55                      55-70                      über 70

**Selbsteinschätzung: Wie schwer sind Sie erkrankt?**

Leicht.....Schwerst krank  
0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

**Weitere Wünsche/ Bemerkungen:**

Datum,  
Unterschrift