

Anmeldebogen zur Aufnahme in die Warteliste	
... für <input type="checkbox"/> eine Einzeltherapie <input type="checkbox"/> eine Gruppentherapie	
Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:
Straße:	Landkreis/Stadt:
Postleitzahl:	Ort:
Telefonnummer:	E-Mail:
Wünschen Sie eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per Mail? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Eine Bestätigung erfolgt ausschließlich an die auf diesem Anmeldebogen angegebene E-Mail-Adresse .)	
Krankenkasse: (eine Aufnahme in die Warteliste ist nur für gesetzlich versicherte Patient*innen möglich)	
Behandelnde/r Arzt/Ärztin:	<input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Psychiater*in <input type="checkbox"/> Neurologe/Neurologin
Vermittlung durch (nur bei Kindern / Jugendlichen):	
<input type="checkbox"/> Eltern(teil) <input type="checkbox"/> Bezugsperson <input type="checkbox"/> Vormund / Schutzbeauftragter <input type="checkbox"/>	
Name:	Vorname:
Wann kann eine Therapie durchgeführt werden?	
<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zeitlich flexibel	
Wochentag: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	
Fahrbereitschaft zur Behandlungsstätte: <input type="checkbox"/> > 50 km <input type="checkbox"/> 20-50 km <input type="checkbox"/> 10 km oder weniger	
Haben Sie einen Therapeutenwunsch? <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> kein Wunsch	

Ausbildungsstätten für Psychotherapie und Institutsambulanzen

Wissenschaftliche Leitung: Priv.-Dozent Dr. Joseph Rieforth

Bisherige Psychotherapien (innerhalb der letzten 5 Jahre): <input type="checkbox"/> bisher keine psychotherapeutische Behandlung <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt mit psychotherapeutischer Behandlung	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Schildern Sie kurz den Grund für den Wunsch einer Psychotherapie:	

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Ihre persönlichen Angaben sind freiwillig und werden von der Institutsambulanz streng vertraulich behandelt. Ihre Daten werden nur für interne Zwecke genutzt. Der Wartelistenplatz bleibt sechs Monate lang für Sie reserviert. Falls es uns bis dahin nicht möglich sein sollte, Sie oder Ihre Tochter/Ihren Sohn bzw. Ihre/Ihren Schutzbefohlene*n an einen unserer Therapeut*innen zu vermitteln, wird dieses Dokument datenschutzrechtlich vernichtet.

Rücksendung erbeten an:

Per Mail: institutsambulanz@uni-oldenburg.de	Per Post: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg Institutsambulanz für Psychotherapie / C3L Uhlhornsweg 99c 26129 Oldenburg
--	--