

# Ausbildungsstätten für Psychotherapie und Hochschulambulanzen

Wissenschaftliche Leitung: Priv.-Dozent Dr. Joseph Rieforth

Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefonnummer:	Krankenkasse:
Wünschen Sie eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per Mail? (wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Bestätigung nur an die unten angegebene Adresse erfolgt)   Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
E-Mail:	
Vermittlung durch (nur bei Kindern / Jugendlichen): <input type="checkbox"/> Eltern(teil) <input type="checkbox"/> Bezugsperson <input type="checkbox"/> Vormund / Schutzbeauftragter <input type="checkbox"/>	
Kontaktdaten der vermittelnden Person (wenn Adresse abweichend wie oben):	
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 Fahrbereit nach: <input type="checkbox"/> Oldenburg <input type="checkbox"/> Bremen	
Haben Sie einen Therapeutenwunsch? <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> kein Wunsch	
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

# Ausbildungsstätten für Psychotherapie und Hochschulambulanzen

Wissenschaftliche Leitung: Priv.-Dozent Dr. Joseph Rieforth



Aktueller Grund des Erstkontaktes (kurze Darstellung der Beschwerden):

Rücksendung erbeten an:

Per Mail:

[Hochschulambulanz@uni-oldenburg.de](mailto:Hochschulambulanz@uni-oldenburg.de)

Per Post:

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Hochschulambulanz für Psychotherapie / C3L  
Uhlhornsweg 99c  
26129 Oldenburg