

# Anmeldebogen zur Systemischen Therapie in der ifs-Ambulanz



Wir freuen uns über Ihr Interesse an einem Behandlungsplatz in der ifs-Ausbildungsambulanz für Systemische Therapie. Wir möchten Sie gerne vorab informieren, dass sowohl die Videoaufnahme von Therapiesitzungen sowie auch eine regelmäßige Supervision der Therapeut:innen in Ausbildung Bestandteil einer Therapie bei uns in der ifs-Ambulanz sind. Beides dient u.a. der Qualitätssicherung unserer Therapieangebote. Lassen Sie uns dieses Dokument mit dem Dokument ‚Einverständnis unverschlüsselter E-Mail-Versandt‘ bitte vorab zukommen, damit wir Sie auf die Warteliste aufnehmen können. Herzlichen Dank!

Nachname, Vorname					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers		
Standort:	<input type="checkbox"/> Essen		<input type="checkbox"/> Leverkusen		
Straße PLZ und Wohnort					
Geburtsdatum					
Telefonnummer(n)					
E-Mail-Adresse					
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe		
Name der Krankenkasse					
Versichertennummer					
Gibt es bereits andere Personen aus Ihrer Familie, die in den ifs-Ambulanzen eine Therapie machen?	<input type="checkbox"/> Ja, Name:		<input type="checkbox"/> Nein		
Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine ambulante Psychotherapie gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja, letzter Termin am:		<input type="checkbox"/> Nein		
Sofern zutreffend: Wer hat die Kosten der ambulanten Psychotherapie übernommen?	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung		<input type="checkbox"/> Privat		
Wer sind aktuell wichtige Menschen in Ihrem Leben?					
Wer würde am ehesten eine Veränderung durch die Therapie bemerken?					
Woran werden Sie am ehesten feststellen, dass die Therapie ein Erfolg ist?					
Was sind bisher Ihre Strategien mit Ihrem Anliegen zurechtzukommen?					
Hätten Sie Interesse zusätzlich zur Einzeltherapie an einer Gruppentherapie teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		
Geben Sie bitte an, an welchen Wochentagen und in welchem Zeitfenster (Vormittag/Nachmittag) Sie Termine bei uns wahrnehmen können:	<input type="checkbox"/> Montag	Von:	Bis:	Von:	Bis:
	<input type="checkbox"/> Dienstag	Von:	Bis:	Von:	Bis:
	<input type="checkbox"/> Mittwoch	Von:	Bis:	Von:	Bis:
	<input type="checkbox"/> Donnerstag	Von:	Bis:	Von:	Bis:
	<input type="checkbox"/> Freitag	Von:	Bis:	Von:	Bis: