

Erstgespräch PP

Datum:

Überwiesen/empfohlen durch:

☐ **Patienteninformation in der Anlage erhalten und gelesen**

Name: Vorname:

Anschrift:

PLZ: Ort :

Geburtsdatum:

Telefon: Mobil:

E-Mail-Kontakt:

berufstätig ja ☐ nein ☐ wenn ja, Telefon:

Krankenkasse: Kassennr.:

Versichertenmitgliedsnummer:

Bezugsperson im Notfall:

Behandelnder Psychiater und/oder Hausarzt:

.....

Evtl. bekannte Diagnosen:

.....