**Terminanfrage**

Lieber Patient, liebe Patientin, bitte schicken Sie die ausgefüllte und unterschriebene Terminanfrage per mail oder Post an unserer Praxis. Ihre Daten werden nach drei Monaten gelöscht. Sie haben die Möglichkeit, Ihre Terminanfrage telefonisch zu aktualisieren. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir keine Angaben dazu machen können, ob und wann wir Sie aufnehmen können. Es genügt, wenn Sie den Bogen an eine von unseren Praxen senden.

Datum:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname, Nachname : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon (Mobil oder Anrufbeantworter): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
e-mail:
Wohnort/ Abfahrt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kostenträger der Behandlung:
[ ] gesetzl. Krankenkasse: [ ] Berufsgenossenschaft [ ] privat
[ ] Ich nehme am Hausarztprogramm teil

Ich war schon einmal in Behandlung in Ihrer Praxis [x] ja [ ] nein
[ ] Ich benötige eine Traumabehandlung
[ ] Ich benötige eine EMDR Behandlung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mo | Di | Mi | Do | Fr |
| Vormittags ab | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vormittags bis | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachmittags ab | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Mögliche Termine (dauerhaft):

[ ]  Schichtdienst/ wechselnde Termine:
[ ]  Ich bin komplett flexibel

Anlass für die Behandlung (in Kürze): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Eine Weitergabe der Daten an Frau oder Herrn Dambacher wird von mir gewünscht [ ] ja [ ] nein

[ ] Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die vorstehende genannte Email Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind- insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwendung durch Dritte- sind mir bewusst

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift |