Anmeldebogen zur Aufnahme in die Warteliste

Gewünschte Therapieart:

☐ Einzeltherapie und/oder ☐ Gruppentherapie

Gewünschtes Therapieverfahren:

☐ systemische Therapie und/oder ☐ tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Hinweis:
Sie dürfen beide Therapieverfahren ankreuzen, wenn beide für Sie gleichermaßen infrage kommen.

Name:	**Vorname:**
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	**Geburtsdatum:**
Straße:	**Postleitzahl & Ort:**
Telefonnummer:	**E-Mail:**

Wünschen Sie eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per Mail? Ja ☐ Nein ☐ (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)

Vermittlung durch (bitte nur bei Kindern / Jugendlichen ausfüllen):

☐ Eltern(teil) ☐ Bezugsperson ☐ Vormund / Schutzbeauftragter ☐

Name:	Vorname:

Wann kann eine Therapie durchgeführt werden?

☐ morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ zeitlich flexibel

Wochentag: ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag

Fahrbereitschaft zur Behandlungsstätte: ☐ > 50 km ☐ 20-50 km ☐ 10 km oder weniger

Haben Sie einen Therapeutenwunsch? ☐ weiblich ☐ männlich ☐ kein Wunsch

Bisherige Psychotherapien (innerhalb der letzten 5 Jahre) ☐ bisher keine psychotherapeutische Behandlung ☐ ambulante Psychotherapie ☐ stationärer Aufenthalt mit psychotherapeutischer Behandlung	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? ☐ nein ☐ 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 datenschutzkonform vernichtet.

Rücksendung des Anmeldebogens erbeten an:

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