

ANMELDUNG / ANFRAGE

an die

Psychotherapeutisch-Psychiatrische Praxis Dr.med. Markus Seitz

Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Maihofstrasse 45, CH-6004 Luzern

fon/fax +41 41 420 00 81; mail@pppraxis.ch; www.pppraxis.ch

Persönliche Daten:

Anrede, Titel:	Vorname:	Name:	Geburtsdatum:
Strasse, Nummer:	Postleitzahl:	Ort:	fon/fax/e-mail:
Krankenkasse:	Sektion:	Adresse:	Mitgliedsnummer:
Hausarzt/-ärztin:	Praxisadresse:	Telefon:	

Abklärungs-/Therapieanliegen:

Kurze Darstellung der Problemsituation:
Im Vordergrund stehende Beschwerden, Symptome, Schwierigkeiten:
Therapieanliegen, Erwartungen, Ziele:
Therapievorstellungen - Mittel und Wege zur Bewältigung des Leidens:
Was haben Sie in diesem Sinn schon unternommen? Wirkung?
Aktuelle Medikamente, Psychopharmaka und andere:

Falls eine Untersuchung wegen ADHS/Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit angezeigt ist:

Beschwerdebild:

Vermutete Ursachen, Zusammenhänge:

Abklärungs- und/oder Therapieanliegen:

Ergänzendes:

Wie sind Sie auf dieses Angebot aufmerksam geworden?

Fragen, Bemerkungen, weitere Anliegen:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Anmeldung rein informativen Charakter hat, lediglich der Vororientierung dient und sich daraus keine Ansprüche auf ein nachfolgendes Prozedere ableiten lassen.

Ort, Datum, Unterschrift:

.....