

FRAGEBOGEN PAARTHERAPIE

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nach Möglichkeit vor Ihrem ersten Termin aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen und psychologischen Verschwiegenheitspflicht.

Titel:..... Name, Vorname:.....

Straße: PLZ und Ort:

Tel.: Geburtsdatum:

Versicherungsnummer: Krankenkasse:

Mailadresse:

Familienstand: ledig verheiratet eheähnliche Gemeinschaft
 geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder: Ja/Geburtsjahr(e) Nein

Beruf:

Facharzt:

Hausarzt:

Name eines Angehörigen (zur Verständigung im Ernstfall):

Verwandtschaftsverhältnis: Tel.:

Datum:

Unterschrift des Patienten: