

Anmeldung zur ASS Diagnostik - SELBSTZAHLER

Herr / Frau:

wohnhaft:

Geb.-Datum: Anmeldetag:

Telefon: Mobil:

Beruf:

Mail:

Warum wünschen Sie eine ASS Diagnostik? (Stichpunkte)

.....
.....
.....
.....

Sind Sie in ambulanter Psychotherapie?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Vereinbarung:

Bitte entsprechend ankreuzen.

- auf Datenschutzverordnung hingewiesen
- Privat versichert
- Selbstzahler
- Video/Online
- Präsenz/vor Ort
- Kurzfristiges Einspringen bei Absagen möglich

Bemerkungen: (nur für PBZ Mitarbeiter)

.....
.....
.....