

**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
- Video/Online
- Präsenz/vor Ort
- Kurzfristiges Einspringen bei Absagen möglich
- Interesse an ADS/ADHS Diagnostik im Anschluss an die ASS Diagnostik

---

**Ich bin darüber informiert, dass die Diagnostik zu folgenden Kosten durchgeführt wird:  
875 € (zahlbar 14 Tage nach Erhalt der Rechnung)**

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_