

Anmeldung zur ASS Diagnostik - SELBSTZÄHLER

Herr / Frau / divers:

wohnhalt:

Geb.-Datum: Anmeldezeit:

Telefon: Mobil:

Beruf:

Mail:

Warum wünschen Sie eine ASS Diagnostik? (Stichpunkte)

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

Sind Sie in ambulanter Psychotherapie?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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
- ☐ Terminvereinbarungen per Telefon
- ☐ Unterlagen der Diagnostik dürfen per E-Mail zugeschickt werden
- ☐ Darf zur Ausbildung ein weiterer Therapeut/in anwesend sein
- ☐ Besteht eine Betreuung? Falls ja weshalb:

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

Ort, Datum

Unterschrift
