



**Medizinisches
Versorgungszentrum**

Kardiologie - Psychokardiologie
Diabetologie
Innere Medizin
Psychotherapie
Stressmedizin - Neuropsychologie

MVZ Wollmarshöhe GmbH

Wollmarshofen 14
88285 Bodnegg
Deutschland

Telefon +49 (0)7520 914 837-0
Telefax +49 (0)7520 914 837-7

info@mvz-wollmarshoehe.de
www.mvz-wollmarshoehe.de

Bürozeiten

Montag – Donnerstag
8.00 – 13.00 Uhr u. 14.00 – 17.00 Uhr
Freitag
8.00 – 13.00 Uhr

Psychotherapie: Aufnahme in die Warteliste

Sie interessieren sich für eine ambulante Psychotherapie. Im Moment sind alle unserer Therapieplätze belegt. **Damit wir Sie auf unsere Warteliste aufnehmen können, benötigen wir von Ihnen weitere Angaben.**

Bitte lassen Sie uns den „Fragebogen PSYCHOTHERAPIE“ für Ihre Aufnahme in die Warteliste ausgefüllt zukommen.

Sobald wir Ihnen ein Erstgespräch oder Therapieplatz anbieten können, **werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.** Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Wir bitten Sie **dringend** um Rückmeldung, falls Sie zwischenzeitlich woanders einen früheren Termin erhalten haben. Herzlichen Dank.

Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg kann Sie bei der Suche nach einem Termin in einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis unterstützen. Sie erreichen die Terminservicestelle über die bundesweit einheitliche Nummer 116117. Weitere Infos finden Sie auch unter [Terminservicestelle \(für Patienten\) | KVBW \(www.kvbawue.de\)](#)

Ihr Praxisteam
MVZ Wollmarshöhe

Träger

MVZ Wollmarshöhe GmbH
Amtsgericht Ulm
HRB 73 8355
BSNR 623 208 500
Sitz: 88285 Bodnegg,
Wollmarshofen 14
Geschäftsführer:
Dr. med. Kilian W. Mehl

Bankverbindung

VR Bank Ravensburg-Weingarten
IBAN DE87 6506 2577 0040 5230 04
BIC GENODES1RRV



Fragebogen PSYCHOTHERAPIE für Ihre Aufnahme in die Warteliste.

Lassen Sie uns den Fragebogen bitte ausgefüllt und unterschrieben zukommen. Bitte informieren Sie uns unbedingt, wenn kein Interesse mehr an einem Therapieplatz besteht. Vielen Dank.

Name, Vorname: _____ **Geb.-Datum** _____

Anschrift: _____

Kontakt-Tel.-Nr. Festnetz: _____ Mobil: _____

Kontakt-E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt/-ärztin: _____

Bitte beschreiben Sie kurz die Beschwerden/Symptomatik, weswegen Sie eine ambulante Psychotherapie durchführen möchten:

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gibt es besondere Anliegen bzgl. Therapeut oder Therapiezeiten?

Haben Sie bereits eine ambulante Psychotherapie oder stationäre Behandlung deswegen durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja: wann? wo?

Psychopharmakologische Medikation? Nein Ja

Wenn ja: seit wann? _____ Welche? _____

Haben Sie sich selbst zu der Anmeldung bei uns entschieden bzw. durch wen wurde Ihnen die Durchführung einer Psychotherapie empfohlen?

Wurde ein Antrag auf Rente/Erwerbsminderung gestellt? Nein Ja

Sobald wir Ihnen ein Erstgespräch oder Therapieplatz anbieten können, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Wie dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Telefon E-Mail egal

Datum: _____ Unterschrift: _____