

**Dr. med. Gudrun Andrea Hoffmann**  
**Fachärztin für**  
**Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ◦ Psychoanalyse**  
**Kinder - und Jugendpsychiatrie und Kinderpsychotherapie**  
**Kinder - und Jugendmedizin ◦ Öffentliches Gesundheitswesen**  
**Transformative Mediation**

**Generationsübergreifende psychotherapeutische Praxis in der Maxvorstadt in München**

Nehmen Sie sich bitte Zeit, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihr Anliegen erfordert eine hohe fachärztliche Kompetenz.  
 Ihre Angaben unterstützen mein Anliegen Sie und gegebenenfalls Ihre Familie effizient zu begleiten.  
 Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

**Anmeldung**

Psychotherapie für Kinder und Erwachsene, Psychoanalyse, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Name des Patienten, Titel, Namenszusatz			Geburtsname		Geburtsstag	
Staatsangehörigkeit:						
Postanschrift			Mail			
Familienstand:			Web-Seite			
☎ Privat		☎ Büro		FAX:		Mobil:
Schule	Klasse	Schulabschluss	Derzeit erwerbstätig?		Ausgeübter Beruf	
Ausbildung	Beginn (Datum)	Abschluss (Datum)	Arbeitgeber		Arbeitszeiten	
Name der Krankenkasse:			Mitgliedsnummer:			
Ansprechpartner und ☎:			Anschrift der Krankenversicherung:			
Name und Geburtstag des Hauptversicherten:			Anschrift des Hauptversicherten:			
			☎:			
Überweisender Arzt (Name, Fachrichtung)			Hausarzt ( Name, Fachrichtung)			
Postanschrift und ☎:			Postanschrift und ☎:			
Wer hat die Empfehlung zur Vorstellung angeregt:						

**Vorstellungsgrund:**

<b>Bisherige therapeutische Erfahrungen:</b>	
Datum:	Name/Unterschrift