

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	Geburtstag	
		Staatsangehörigkeit		
Postanschrift		Mail		
		Web-Seite		
Familienstand:		Sorgerecht (bei Kindern)		
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:				
Kind/Jugendlicher lebt bei:				
Geschwister (Name/Geburtstag):				
Eltern (Name, Beruf, Geburtstag)				

Vorstellungsgrund:

Bisherige therapeutische Erfahrungen:	
Datum:	Name/Unterschrift/en ggf. beider sorgeberechtigten Eltern