

Anmeldeformular

Praxis für Psychotherapie & Sexualtherapie
Prof. Dr. phil. Philipp Stang (M.Sc., M.A. mult.)

Professor für Psychologie an der SRH Wilhelm Löhe
Hochschule Fürth

Fachpsychologe für Klinische Psychologie (BDP)
Approbierter Psychologischer Psychotherapeut
Approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Sexualtherapeut (DGfS), Akkreditierter Supervisor (PTK)

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Lebenslange Arztnummer 508240469
Betriebsstättennummer 666910300

Karlstraße 1
90513 Zirndorf

Tel.: 0911 133 860 79
Fax: 0911 923 893 67

www.praxis-stang.de
sekretariat@praxis-stang.de

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon: (tagsüber) _____

(abends) _____

Adresse: _____

Aktuelle berufl. Tätigkeit bzw. Schule u. Klasse: _____

Sorgerecht: _____

Krankenversicherung: _____

Vorstellungsanlass/Problem, ggf. Diagnosen: _____

Hat in den letzten 2 Jahren bereits eine Psychotherapie stattgefunden? : _____

Wenn ja, bei wem: _____

Therapieverfahren: Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie
 analytische Psychotherapie systemische Therapie

Zeitliche Verfügbarkeit: An welchen Tagen könnte, um wie viel Uhr eine Therapie stattfinden?

Weitere Informationen: _____

Datum: _____

Vielen Dank für Ihre/Deine Bemühungen.