



Dr. med. Magnus - Sebastian Vry

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Gerbergasse 10
79379 Müllheim

Telefon: 07631 - 13874
Telefax: 07631 - 170306
E-Mail: info@praxisvry.de
Web: www.praxisvry.de

Persönliche Angaben

Name:..... Vorname:.....

Straße:.....

PLZ, Wohnort:.....

Geb.-Datum:..... Email:.....

Tel./Handy:..... Datum Ersttermin:.....

Einverständniserklärung / Datenschutz

Die folgenden Personen dürfen bis auf Widerruf

Termine für mich vereinbaren

Auskünfte über die Behandlung (schriftlich oder mündlich) erhalten

Rezepte und Bescheinigungen abholen

Name:..... Tel.:.....

Name:..... Tel.:.....

Name:..... Tel.:.....

Ich erkläre mich einverstanden, dass Informationen (schriftlich, mündlich) über meine Behandlung an folgende Personen weitergegeben werden dürfen:

Hausarzt Name:.....

Adresse:.....

gesetzl. Betreuer Name:.....

Adresse:.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die vorstehenden Angaben von der Praxis Dr. Vry im Rahmen der Behandlung verwendet und gespeichert werden. Die Informationen dienen ausschließlich der internen Verwendung und werden nicht veröffentlicht. Diese Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Im Falle des Widerrufs werden die gespeicherten Daten nur noch im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten archiviert und dann unwiderruflich gelöscht; es werden dann keine neuen Daten mehr angelegt und gespeichert.

Datum, Ort..... Unterschrift.....

Anamnese

Mit welchen Beschwerden kommen Sie in die Praxis? Seit wann bestehend?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Auswirkungen haben ihre Probleme auf die folgenden Lebensbereiche:

	Keine	Leichte	Mittlere	Starke	Sehr starke
Beruf/Arbeit/Leistungsfähigkeit					
Alltagsbewältigung und Haushalt					
Familienleben und Partnerschaft					
Kontakt zu Freunden					
Freizeitverhalten					

Sind bereits psychische Erkrankungen diagnostiziert? Wenn ja, welche und seit wann?

.....

.....

.....

Falls vorhanden, wer war(en) Ihr(e) bisherige(n) Psychiater?

.....

.....

.....

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? (Wer, in welchem Zeitraum)

.....

.....

.....

Waren Sie in stationärer psychiatrischer / psychosomatischer Behandlung? (Wann, wo)

.....

.....

.....

Welche weiteren Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

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

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? (möglichst Medikationsplan beifügen)

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

Regelmässiger Alkoholkonsum? Wenn ja, welche Menge pro Tag? Welche pro Woche?

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

Nehmen Sie andere Substanzen (Nikotin, Drogen) ein? Wenn ja, welche und wie oft?

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

Haben Sie einen Rehabilitationsantrag gestellt)

Nein Ja

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?

Nein Ja %

befristet bis

.....oder einen entspr. Antrag gestellt?

Nein Ja

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)?

Nein Ja %

befristet bis

Haben Sie bereits einen Rentenantrag gestellt?

Nein Ja

Beziehen Sie bereits eine Rente?

Nein Ja

befristet bis

Ort, Datum.....

Unterschrift.....



Dr. med. Magnus - Sebastian Vry

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Gerbergasse 10
79379 Müllheim

Telefon: 07631 - 13874
Telefax: 07631 - 170306
E-Mail: info@praxisvry.de
Web: www.praxisvry.de

Honorarvereinbarung für Selbstzahler und Privatversicherte

Nachname, Vorname, Geb.-datum

Adresse, Wohnort

Telefon

Das Honorar für ärztlichen Leistungen wird mir nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet. Hierfür wird je nach Aufwand der Faktor 2,3 oder 3,5 angesetzt.

Ich bestätige die Kenntnisnahme der o.g. Vereinbarung und versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum..... Unterschrift.....



Praxis für
Psychiatrie
Dr. Vry

Dr. med. Magnus – Sebastian Vry

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Gerbergasse 10
79379 Müllheim

Telefon: 07631 - 13874
Telefax: 07631 - 170306
E-Mail: info@praxisvry.de
Web: www.praxisvry.de

Ausfallhonorar

Ich wurde darüber informiert, dass mir für das Nichterscheinen zu vereinbarten Terminen **ohne vorherige Absage** jeweils ein Betrag von **30 € (Ersttermin: 60 €)** in Rechnung gestellt werden kann.

Die Absage kann telefonisch, durch Nachricht auf dem Anrufbeantworter oder per Email erfolgen.

Name:..... Vorname:.....

Ort, Datum: Unterschrift:

Bitte bringen Sie zum Ersttermin mit:

- die ausgefüllten Formulare (5 Seiten)
- Ihre Versichertenkarte (nur gesetzlich Versicherte)
- eine aktuelle Medikamentenliste
- sämtliche Vorunterlagen, die ihnen relevant erscheinen, insbesondere von ambulanten und stationären Behandlungen im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie