

**Institut für Ganzheitsmedizin  
Dr. med. Kornelia Crudup  
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie,  
Hypnotherapie, Naturheilverfahren, Ernährungsberatung,  
orthomolekulare/ mitochondriale Therapie,  
Akupunktur/TCM**

Kastell 3A (1. Etage)  
47441 Moers  
Tel. 02841-72632  
[info@crudup.de](mailto:info@crudup.de)  
[www.crudup.de](http://www.crudup.de)

**Anmeldefragebogen für Patienten**

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bitte füllen Sie den folgenden Anmeldefragebogen aus und senden ihn unterschrieben per Post oder email an uns zurück. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir den Eingang Ihrer Anmeldung nicht bestätigen. Wir setzen Sie telefonisch oder per Email darüber in Kenntnis, sobald ein Behandlungsplatz zur Verfügung steht. Bitte haben Sie auch Verständnis dafür, dass dies einige Zeit in Anspruch nehmen kann. Vielen Dank.

**A) Persönliche Angaben**

Name:..... Vorname:.....  
Geburtsdatum:..... Familienstand:.....Kinderzahl:.....  
  
PLZ, Ort:..... Straße:.....  
Telefon (privat):..... Telefon (dienstlich):.....  
Telefax:..... Mobiltelefon:.....  
eMail:.....  
Schulabschluss:.....Berufsabschluss:.....  
Ausgeübter Beruf:.....  
  
Krankenkasse:..... Mitgliedsnummer:.....  
PLZ, Ort:..... Straße:.....  
  
Hausarzt:..... Facharzt für:.....  
PLZ, Ort:.....Straße:.....  
Telefon:.....

## B) Angaben zu Ihren Beschwerden

1.) Ihre derzeitigen Beschwerden:

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

2.) Seit wann bestehen diese Beschwerden ungefähr?

.....

3.) Wie oft treten diese Beschwerden auf, wie stark sind sie, wie lange halten sie an?

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

4.) Welche Ereignisse oder Umstellungen in Ihrem Leben gingen den Beschwerden voraus?

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

5.) Welche Behandlungen wurden deswegen bereits durchgeführt? (Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum angeben)

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

6.) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....  
.....

7.) Für welches Spezialgebiet wünschen Sie einen Termin für ein Erstgespräch?

<input type="radio"/>	Allgemeinmedizin/ Naturheilverfahren		
<input type="radio"/>	Tiefenpsychologische Psychotherapie, autogenes Training (zugelassen zu allen Krankenkassen, gesetzlich, privat, Beihilfe oder selbstzahler (Abrechnung gemäß GOÄ))		
<input type="radio"/>	Ernährungsberatung/ Gewichtsreduktion		
<input type="radio"/>	Orthomolekulare/ mitochondriale Therapie (z.B. als Komplementärmedizin bei Krebserkrankungen, Herz- od. Stoffwechselerkrankungen u.a.mehr; Anti-Aging)		
<input type="radio"/>	Verhaltenstherapie	<input type="radio"/> Hypnotherapie	<input type="radio"/> Akupunktur/TCM
<input type="radio"/>	Paartherapie	<input type="radio"/> Suchttherapie (Nikotin/Alkohol)	

8.) Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

.....  
.....

9.) Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? (Arzt, Internet etc.)

.....

### **C Organisatorisches zur Terminvergabe**

Geben Sie bitte wenn möglich mehrere Auswahltermine an und warten Sie unsere Terminbestätigung ab. Die Folgetermine werden danach individuell vereinbart.

Tag/ Uhrzeit	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
Mo								
Di								
Mi								
Do								

Bitte bringen Sie Ihre Chipkarte zum Erstgespräch mit, falls Sie gesetzlich krankenversichert sind. Bitte bringen Sie auch Ihnen bereits vorliegende Untersuchungsbefunde mit.

**Sollten Sie den Termin, der Ihnen angeboten wird, nicht wahrnehmen können, so sagen Sie ihn bitte bis zu 2 Werktagen vorher ab. Wird er erst später oder gar nicht abgesagt, wird ein Ausfallhonorar von 50,- € fällig, was privat gezahlt werden muss, da Krankenkassen nicht stattgefundenen Sitzungen nicht honorieren.**

Die tiefenpsychologische Einzel - und Gruppentherapie ist zugelassen zu allen - auch gesetzlichen - Krankenkassen. Alle anderen therapeutischen Verfahren sind Bestandteil der Privatpraxis für Selbstzahler oder privat Versicherte/Beihilfeberechtigte/Postbeamten. In der Privatpraxis wird gemäß GOÄ liquidiert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und mein Einverständnis mit der Ausfallhonorarregelung. Sollte ich zwischenzeitlich einen anderen Therapieplatz finden, werde ich dies mitteilen.

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