



### Hinweise für Patienten, die sich in der Ambulanz anmelden möchten

Die psychotherapeutische Ambulanz Oldenburg gehört zur Bremer Ausbildungsstätte für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie beinhaltet, neben der Erforschung von Ursachen und Entstehung Ihrer Problematik, dass wir Ihnen Methoden an die Hand geben, um besser mit Ihrer Situation zurechtzukommen. Das bedeutet für Sie, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen und die therapeutischen Empfehlungen umzusetzen.

Unsere TherapeutInnen haben ausnahmslos das Studium der Psychologie abgeschlossen bzw. die ärztliche Approbation erworben. Ihre Behandlung erfolgt nach den üblichen Richtlinien einer Kassenpraxis und wird durch erfahrene TherapeutInnen beratend begleitet (Supervision). Wir sind für alle gesetzlichen Kassen zugelassen.

#### So melden Sie sich bei uns an:

- Füllen Sie den beiliegenden Anmeldebogen mit **allen Anlagen** bitte sorgfältig aus und senden Sie diesen bitte an die Außenambulanz Oldenburg zurück.

**Bitte beachten Sie:** Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Therapiesitzungen durch digitale Geräte aufgezeichnet werden. Diese Aufnahmen benötigen wir für die Supervision Ihrer Behandlung. Auf diese Weise können Sie sicher sein, dass alles in Erwägung gezogen wird, was für Ihren Therapieerfolg hilfreich ist.

Sie erreichen unser Ambulanzsekretariat: (Di von 11.00 – 13.00Uhr sowie Fr. von 12.00 bis 14.00 Uhr)

**Tel. Nr. 0441-80061392 und [ambulanz-ol@nivt.de](mailto:ambulanz-ol@nivt.de)**

**Bitte unbedingt beachten:** Termine für das Erstgespräch werden Ihnen von unserem Ambulanzsekretariat mitgeteilt.

- Zum Erstgespräch bringen Sie bitte Folgendes mit:
  - ☞ Ihre Krankenkassenkarte,
  - ☞ die Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt (Hausarzt / Facharzt) Achtung: Ohne Überweisung und ohne Chipkarte kann das Erstgespräch nur stattfinden, wenn Eltern/Patient unterschreiben, dass innerhalb einer Woche die Karte und/oder Überweisung nachgereicht werden, ansonsten muss das Erstgespräch privat von Ihnen gezahlt werden! (Siehe Formular in der Anlage)
  - ☞ Wenn vorhanden, bringen Sie Befunde zu eventuellen Vorbehandlungen bitte in Kopie zum Erstgespräch mit oder fügen diese der Anmeldung bei.
- Im Erstgespräch beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden, Symptome und sonstigen Faktoren, die Sie dazu veranlasst haben, eine Psychotherapie beginnen zu wollen. Wenn Ihre Beschwerden psychotherapeutisch behandelbar sind und Sie zu einer aktiven Mitarbeit bei der Bewältigung Ihrer Probleme bereit sind, wird sich eine/r unserer AmbulanztherapeutInnen eine Weile nach dem Erstgespräch zur Terminvereinbarung bei Ihnen melden.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Therapie und gutes Gelingen für Ihr Vorhaben!

Dipl.-Psych. Dr. phil. Susanne Al-Wiswasi  
Psychologische Psychotherapeutin  
(auch für Kinder- und Jugendliche)  
Institutsleiterin



**Bitte zurücksenden!**

**NIVT -Außenambulanz**

Heinrichstr. 18  
26131 Oldenburg

**ANMELDEBOGEN - bitte SELBSTÄNDIG und sehr sorgfältig ausfüllen!**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Str./Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? JA  NEIN

Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? JA  NEIN

Sind Sie bereits berentet? JA  NEIN

Wenn ja, Rentenform: \_\_\_\_\_

Sie sind \_\_\_\_\_ gesetzlich krankenversichert  privat krankenversichert

Ihnen wurde die Kostenübernahme der Psychotherapie durch eine Berufsgenossenschaft schriftlich zugesichert  
JA  NEIN

Welcher Arzt kümmert sich um Sie?  
(Name des Arztes) \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal AMBULANTE Psychotherapie gemacht? JA  NEIN

Wenn JA, von wann bis wann? \_\_\_\_\_ Wie viele Stunden? \_\_\_\_\_

Bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Therapieform?  
Verhaltenstherapie  tiefenpsychologisch  Psychoanalyse

Wenn Sie die Therapie abgebrochen (nicht regulär beendet) haben, begründen Sie den Abbruch ausführlich auf der nächsten Seite!

Sind Sie damit einverstanden, neben der Einzeltherapie eine ergänzende Gruppentherapie durchzuführen?  
JA  NEIN

Wurden Sie bereits STATIONÄR psychotherapeutisch behandelt?

JA

NEIN

Wenn JA: Legen Sie dieser Anmeldung bitte alle bei Ihnen vorhandenen Berichte darüber bei und/oder bitten Sie Ihren Arzt, uns alle bei ihm vorliegenden Berichte über die stationäre(n) Behandlung(en) zu schicken.

Ich weiß, dass es sich beim NIVT um ein Ausbildungsinstitut handelt, das der Qualitätssicherung verpflichtet ist. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Therapiesitzungen durch digitale Geräte aufgenommen und zum Zwecke der Supervision verwendet werden. Die Aufnahmen werden nach ihrer Verwendung, spätestens nach 4 Wochen, gelöscht. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die während des Therapieprozesses erhobenen Daten anonym wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich weiß, dass die Behandlung nur mit gültiger Überweisung und Krankenkassenkarte stattfinden kann. Sollten Überweisung / Krankenkassenkarte nicht vorliegen, verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift zur Nachreichung binnen einer Woche und bin einverstanden, die entstandenen Kosten anderenfalls privat zu zahlen.

**Achtung:** Ohne diese Einverständniserklärung kann im NIVT leider keine Behandlung begonnen werden.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten

bzw. seines gesetzlichen Vertreters \* \_\_\_\_\_

\* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich oder per E-Mail-richten an: NIVT-Außenambulanz, Alte Amalienstr. 26, 26135 Oldenburg; [ambulanz-ol@nivt.de](mailto:ambulanz-ol@nivt.de).

Bitte beschreiben Sie genau Ihre **jetzigen Beschwerden!** (Sie können gerne ein separates Blatt verwenden)

**Beschwerden:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte beschreiben Sie auch, mit welchen **Zielen** Sie Ihre Behandlung anstreben!

**Ziele:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



## Entbindung von der Schweigepflicht

Name; Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Zusendung eines Berichtes wünschen oder nicht!**

- Das Erstgespräch mit der Ambulanzleitung des NIVT wird in einem Bericht dokumentiert. Ich entbinde die Ambulanzleitung von der Schweigepflicht und wünsche die Zusendung des Berichtes an meinen Hausarzt/Facharzt an folgende Adresse:

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

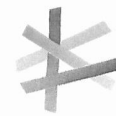
Praxisadresse: \_\_\_\_\_

- Ich wünsche keine Zusendung des Berichtes.

Unterschrift\*: \_\_\_\_\_

Bremen, den \_\_\_\_\_

\* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich oder per E-Mail-richten an: NIVT–Außenambulanz, Alte Amalienstr. 26, 26135 Oldenburg; [ambulanz-ol@nivt.de](mailto:ambulanz-ol@nivt.de).



Absender:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

## Termin

## Möglichkeiten

### Angaben zu Tagen und Tageszeiten, an denen die Therapie stattfinden kann

Die Ambulanz des NIVT ist geöffnet von Mo – Fr, 8.00 bis 18.00 Uhr, Sa nach Vereinbarung. Bitte teilen Sie uns die größtmögliche Auswahl an Zeiten mit, zu denen Sie die Therapie durchführen können. Damit erleichtern Sie die Zuordnung eines Therapeuten.

Wochentag/ Zeit

Wann könnten Sie die Therapie auf keinen Fall durchführen?

Wochentag/ Zeit

Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?

ja

nein

Wenn ja, in welchen Schichten arbeiten Sie?

Wochentag/ Schicht / Zeit