

ANMELDEFORMULAR FÜR IHRE ERSTVORSTELLUNG IN DER AMBULANZ FÜR SEXUALMEDIZIN, SEXUALPSYCHOTHERAPIE UND TRANSGENDERVERSORGUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Ambulanz.

Damit wir ein genaueres Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden erhalten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte per E-Mail an das
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf

E-Mail: sexualambulanz.tiefenbrunn@asklepios.com

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat/mobil: _____

E-Mail: _____

Muttersprache: _____

Krankenkasse: _____

Aufgrund welcher Thematik wenden Sie sich an die Sexualambulanz?

- Lustlosigkeit/vermindertes sexuelles Begehren
- Erregungsprobleme
- Orgasmusprobleme
- Schmerzen bei sexueller Aktivität
- Fetisch
- Gesteigertes sexuelles Verlangen
- Geschlechtsinkongruenz/Transidentität/Intersexualität
- Sonstiges (bitte angeben)

Bitte schildern Sie kurz Ihr Anliegen/Ihre Problematik:

Welche Wünsche/Ziele haben Sie bezüglich einer Behandlung?

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. Jörg Signerski-Krieger

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Zusatzbezeichnung Sexualmedizin
Zertifizierter Sexualmediziner, Sexualtherapeut, Supervisor und Dozent der DGfS (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung)