

Forum für Ess-Störungen®

Dr. Doris Weipert & Kollegen

Psychotherapeutische Praxis mit mehrdimensionalem Behandlungskonzept

König-Adolf-Str. 9a , 65191 WIESBADEN, Tel. 0611-599200, Fax: 0611-5895858

E-Mail: forum.essstoerungen@t-online.de

www.forum-ess-stoerungen.de

Anmeldung zu den Therapiebausteinen des mehrdimensionalen Behandlungskonzeptes (Start 1 x pro Halbjahr)

1. Patientenschulungen: Vortrag Ernährung / Verdauung / Portionsgrößen (Di. 18:30-20:00)
2. Körperbewusstseinstaining (KBT): Kurs A – Übergewicht, Kurs B – Jugendliche, (10 x 90 Min.)
Kurs C - Übergewicht, Kurs D - Anorexie + Bulimie
3. Kunsttherapie – Gestaltung + Ausdruck (KT): Sa. 10-13 Uhr, 4 x 180 Min., 14-tägig
4. Gruppentherapie (GT): a. GT Erw. Anorexie + Bulimie (15 x 100 Min., Mo. 19.00-20.45);
b. GT Erw. Adipositas (15 x 100 Min., Mo.17.00-18.45)
5. Gruppentherapie für Jugendliche: a. GT Ju. A + B (10 x 100 Min. Di., 18:15-20:00);
b. GT Ju. Adipositas (10 x 100 Min., Fr. 16.00-17.30))
- 6.a. Vortrag für Angehörige (2 x pro Jahr, Do. 20:00 – 22:00)
b. Angehörigen-Gesprächskreis, AG (5 x 100 Min., Do. 20:00 – 21:45)
7. Nordic Walking (10 x 60 Min., April bis Oktober, Fr. 18:30-19:30, 14-tägig)

Diese Therapiebausteine verstärken ihren Behandlungserfolg. Sie erhalten dadurch eine nachhaltige Wirkung für Ihren Gesundungsprozess.

Versicherte der BKK: Diese Bausteine sind Teil der IGV.

Nur bei Nicht-Statffinden (zu geringe Teilnehmerzahl) des Therapiebausteins werden Sie von uns telefonisch informiert. Vielen Dank für Ihr Interesse.

Bitte melden Sie sich schriftlich mit dem unteren Abschnitt über Ihre Therapeutin oder über das Sekretariat (auch per Mail) an. Stand: 25.06.18

>> HIER BITTE ABTRENNEN -----<<

Verbindliche Anmeldung zu den Therapiebausteinen 1-7

Nr. Starttermin:Uhrzeit:

Name: _____ Alter: _____ K-Kasse: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ mobil: _____

Seit wann sind Sie im Forum in Behandlung? _____

Bezugstherapeutin: _____ Diagnose: _____ BMI:

Hiermit melde ich mich verbindlich zu Gruppentherapie mit dem o.g. Termin an. Stand:25.06.18

Ort / Datum

Unterschrift Patient (+evtl. Erziehungsberechtigter)