

Sehr geehrte Patienten,

Sie haben sich bei mir zu einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder homöopathischen Behandlung angemeldet. Soweit es Ihre Erkrankung zulässt, werde ich Sie im Sinne der „Klassischen Homöopathie“ oder psychotherapeutisch behandeln.

Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte 24 Stunden vorher.

Die letzte Seite dieses Faltblattes trennen Sie bitte ab und senden sie uns mit MEDAS-Blatt unterschrieben als Anmeldebestätigung und Einverständniserklärung baldmöglichst zurück.

Telefonnummern und Sprechzeiten:

- **Anmeldung Empfang: 089 / 55 25 99 0**

Mo – Fr. : 08.00 – 12.30 Uhr
Mo – Do : 14.30 – 17.00 Uhr
Fr.: 13:30 – 16:00 Uhr

- **Sprechzeiten Heike Kron:**

Do: 11:00 – 19:00 Uhr
Fr.: 16:00 – 19:00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

- **Anmeldung für Telefonsprechstunde:**

Jederzeit

Rückrufzeiten:

nach Vereinbarung
Notdienst: 089 / 55 25 99 11
Werktags : 17.00 – 08.00 Uhr

**Am Wochenende und an Feiertagen
jederzeit!**



Behandlungsspektrum

Ganzheitliche Behandlung durch klassische Homöopathie und Psychotherapie.
Psychotherapeutischer Schwerpunkt: Verhaltenstherapie unter Einbeziehung der Biographie, des Familiensystems und der Emotionen.
Zusätzliches Angebot: Paarberatung.

Lebenslauf

- Geb. 1968, zwei Kinder
- 1992 – 1998 Studium der Humanmedizin in Münster
- 2003 3. Staatsexamen (nach 4jähriger Kinderpause)
- 1995 – 2002 homöopathische Weiterbildung bei Dr. Dario Spinedi in der Schweiz (Locarno)
- 2003 Drei Monatskurs Homöopathie, regelmäßig Weiterbildung DZVhÄ
- 2004 – 2005 Assistenzärztin Psychiatrie in der Klinik für dynamische Psychiatrie Mengerschwaige
- 2005 – 2006 Assistenzärztin in der psychosomatischen Klinik „Panoramaklinik Scheidegg“
- 2006 bis heute Assistenzärztin in der psychosomatischen Klinik Windach

Fortbildungen

Familienstellen, Pessso-Arbeit, Schematherapie, Psychodrama

Anmeldung zur homöopathischen Erstanamnese bei **Heike Kron**

für _____

geboren am _____

Termin _____

Uhrzeit _____

Adresse _____

Telefon privat _____

Telefon Arbeit _____

Handy _____

Telefax _____

Krankenversicherung _____

Kindern:

Versicherter _____

Gesetzlicher Verteter _____

geboren am _____



**Diesen Teil senden Sie uns
bitte zurück**