



## Privatpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie

**Dr. med. Roman A. Knorr**

**Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie**

Von-Emmich-Straße 4  
D-78467 Konstanz  
Telefon: +49 7531 3807106  
Telefax: +49 7531 3504969  
mail@praxis-drknorr.de  
www.praxis-drknorr.de

**Sprechzeiten**

Nur nach Vereinbarung

**Telefonzeiten**

Mo, Di, Fr 8.15 bis 8.45 Uhr

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Psychodynamische Psychotherapie  
Medizinische Begutachtung

Dr. Knorr, Von-Emmich-Straße 4, D-78467 Konstanz

---

### Stammdatenblatt

**Name, Vorname, Titel**

**Geburtsdatum und -ort**

**Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort**

**Telefonnummer**

**E-Mail-Adresse**

**Private Krankenversicherung**

**Selbstzahler**

Ich nehme die Behandlung als Selbstzahler in Anspruch.

**Hausarzt / Psychotherapeut**

Mein Hausarzt und/oder Psychotherapeut soll einen Bericht erhalten. Ich entbinde Dr. Knorr von der Schweigepflicht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten