

# ANMELDEBOGEN

Datum

## KIND/JUGENDLICHE(R)

Name

Geburtsdatum

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Straße und Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (privat)

Mobil (Patient)

E-Mail-Adresse

## BESUCHT AKTUELL

Kindergarten

Schule

Klasse

Ausbildung als

Beschäftigt bei

## KRANKENVERSICHERUNG

gesetzlich

privat

Name der Versicherung

Versicherungsnummer des Kindes/Jugendlichen

Hauptversicherer mit seiner Versicherungsnummer

## HAUSARZT

Name, Anschrift

Überwiesen/Empfohlen von

## MUTTER

Name

Geburtsdatum

Familienstand

Schulabschluss

Beruf

Telefon dienstlich

ggf. abweichende Adresse

## VATER

Name

Geburtsdatum

Familienstand

Schulabschluss

Beruf

Telefon dienstlich

ggf. abweichende Adresse

### SORGERECHT

beide Eltern

Mutter

Vater

andere:

### GESCHWISTER

geb. am

geb. am

geb. am

geb. am

### VORSTELLUNGSGRUND (derzeitiger Therapieanlass / Beschwerden / Beratungswunsch)

### AKTUELLE MEDIKAMENTE

### BESONDERHEITEN IN DER ENTWICKLUNG (Krankheiten, auffällige Entwicklung, kritische Lebensereignisse, usw.)

### VORBEHANDLUNGEN (Frühförderung, Logo, Ergo, ärztliche oder psychologische Behandlung)

### MÖGLICHE ZEITEN für Psychotherapie

Montag, ab

Uhr

Dienstag, ab

Uhr

Mittwoch, ab

Uhr

Donnerstag, ab

Uhr

Freitag, ab

Uhr

vormittags

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Sorgeberechtigter

Ort, Datum

Unterschrift Patient (wenn über 14 Jahre)