



Datum: \_\_\_\_\_

**Anmeldeformular zur Sprechstunde**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

weiblich     männlich     divers

Mobil.: \_\_\_\_\_

Name Sorgeberechtigter 1 \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Tel. privat.: \_\_\_\_\_

Mobil.: \_\_\_\_\_

Name Sorgeberechtigter 2 \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Tel. privat.: \_\_\_\_\_

Mobil.: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  Eltern     Mutter     Vater     Andere: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_  gKV     pKV     Beihilfe     Selbstzahler

Besuchte Einrichtung:  Schule  Ausbildung  Kindergarten  zu Hause \_\_\_\_\_

Haus-/Kinderarzt \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

(Kinder-)Psychiater: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Aktuelle Hilfen:  Jugendhilfe     Erziehungsberatung     Ergo     Logo     Sonstiges \_\_\_\_\_

Bisher Psychotherapie ?  ja: \_\_\_\_\_  nein     ambulant     stationär

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie hier die Symptome & den Vorstellungsgrund:

---

---

---

---

---