



## Anmeldung zur Diagnostik und Therapie

### Angaben zum Kind/Jugendlichen

Vor- & Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail-Adresse

gesetzlich  privat

Krankenkasse

versichert über:  Mutter  Vater  Sonstige \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  Eltern  Mutter  Vater  Sonstige \_\_\_\_\_



### Angaben zu den Eltern/ Bezugspersonen

Mutter  Vater  Sonstige Bezugsperson

Mutter  Vater  Sonstige Bezugsperson

Vor- & Nachname

Vor- & Nachname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Adresse

Adresse

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail





**Wichtige Informationen**

	<b>Name:</b>	<b>Adresse + Telefon:</b>
Haus-/Kinderarzt		
Aktuell besuchter Kindergarten/ besuchte Schule/ Ausbildung/Uni/ FH		
Facharzt, z.B. Kinder-/Jugend- psychiater		
Sonstige wichtige Kontakte		



**Vorstellungsanlass**

---



---



---



**Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten**

Ich bin / Wir sind mit der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung von o.g. Kind / Jugendlichen in der o.g. Praxis einverstanden:

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

