

Anmeldebogen

Vom Praxisteam auszufüllen: Eingang: _____, Terminvorschlag: _____

Terminanfrage für einen Ersttermin

Neben den Möglichkeiten einer persönlichen oder telefonischen Anmeldung, können Sie sich selbstverständlich auch online anmelden. Bitte füllen Sie hierzu das nachfolgende Formular aus. Nach Erhalt Ihrer Onlineanfrage nehmen wir in der Regel innerhalb einer Woche telefonisch mit Ihnen Kontakt auf.

Vor –und Nachname des anmeldenden Elternteils: _____

Vor- und Nachname des Kindes/Jgdl.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____ (TT. MM. JJJJ)

Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert: _____

Ich bin alleine sorgeberechtigt: o ja o nein

Ich bestätige, dass weitere sorgeberechtigte Personen (Elternteil, Vormund etc.) mit der Untersuchung einverstanden sind:

Schule/Kindergarten des Kindes: _____

Schildern Sie hier bitte kurz die Problematik bzw. den Anlass der Vorstellung bei uns:

Wurde Ihr Kind bereits in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Klinik vorgestellt: Wenn ja, wann zuletzt?

Hausarzt / Kinderarzt des Kindes: _____

Geschwister, die bereits bei uns in Behandlung sind: _____

Gibt es Tage, an denen Ihnen eine Vorstellung nicht möglich ist? _____

Telefonisch bin ich erreichbar unter: _____

Ihre E-Mail-Adresse: