

## 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:       ja    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: \_\_\_\_\_