



Anmeldung zur Diagnostik und Therapie

ANGABEN ZUM KIND/JUGENDLICHEN

VOR - & NACHNAME:	
GEBURTSDATUM:	
ADRESSE:	
TELEFON:	
KRANKENKASSE:	NAME: <input type="checkbox"/> PRIVAT <input type="checkbox"/> GESETZLICH
VERSICHERT ÜBER:	<input type="checkbox"/> MUTTER <input type="checkbox"/> VATER <input type="checkbox"/> SONSTIGE:
SORGERECHT:	<input type="checkbox"/> ELTERN <input type="checkbox"/> MUTTER <input type="checkbox"/> VATER <input type="checkbox"/> SONSTIGE:

ANGABEN ZU DEN ELTERN/ BEZUGSPERSONEN

	<input type="checkbox"/> MUTTER	<input type="checkbox"/> VATER
	<input type="checkbox"/> ANDERE BEZUGSPERSON:	<input type="checkbox"/> ANDERE BEZUGSPERSON:
VOR-& NACHNAME:		
GEBURTSDATUM:		
ADRESSE:		
TELEFON:		
EMAIL-ADRESSE:		

WICHTIGE INFORMATIONEN

HAUS-/KINDERARZT:	NAME: ADRESSE + TELEFON:
AKTUELL BESUCHTE/R KINDERGARTEN/SCHULE/ AUSILDUNG/UNI/...:	NAME: ADRESSE + TELEFON:
FACHARZT, Z.B. KINDER-/ JUGENDLICHENPSYCHIATER:	NAME: ADRESSE + TELEFON:
SONSTIGER WICHTIGER KONTAKT:	NAME: ADRESSE + TELEFON:

VORSTELLUNGSANLASS

Einverständniserklärung der/des Patienten/ Sorgeberechtigten

Ich bin / Wir sind mit der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung in der Praxis von Pia Krings einverstanden.

Ort, Datum

Patient/in, bzw. Sorgeberechtigte(r)

Ort, Datum

Patient/ in, bzw. Sorgeberechtigte(r)