

Personalien
Angaben zum Hauptversicherten

Name: _____ Vorname: _____

Name Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____

Geb.dat.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Email: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Leibliche MUTTER
sorgeberechtigt:

Oja

Onein

Name: _____ Vorname: _____

Geb.dat.: _____

Geburtsname: _____

Beruf: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Email: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Leiblicher Vater
sorgeberechtigt:

Oja

Onein

Name: _____ Vorname: _____

Geb.dat.: _____

Geburtsname: _____

Beruf: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Email: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Schule / Kindergarten

Name, Anschrift: _____

Klasse/Gruppe: _____ Klassenlehrer/Betreuer: _____

Email: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Ärzte
Hausarzt/Kinderarzt
O Überweisender Arzt

Name, Anschrift: _____

Tel: _____ Fax.: _____

Psychiater	O Überweisender Arzt
Name, Anschrift: _____	
Tel: _____ Fax.: _____	
Somatischer Befund / Erkrankungen	
Größe: _____ cm Gewicht _____ kg	
Spezielle Erkrankungen (z.B. 1986 Tonsillektomie): _____ _____	
Medikation: _____ —	
Psychotherapeutische, psychosomatische, sowie psychiatrische Vorbehandlungen: _____ _____	
Liegen ein aktueller Hörtest/ Sehtest vor? Augen: _____ Ohren: _____	
Schwere Erkrankungen in der Familie: _____ (auch psychische Erkrankungen)	

Gründe für die Wahl dieser Praxis	
(Muss nicht ausgefüllt werden!)	
Empfehlung durch:	☐ Psychiater ☐ Kinderarzt ☐ Hausarzt ☐ SPZ ☐ JA/KSD ☐ pers. Empf. ☐ Internet ☐ sonstiges
Nennung: _____	

Info:
Wenn ein Elternteil alleine sorgeberechtigt ist, muss zu Beginn der Behandlung ein Nachweis mitgebracht werden!