



Aufnahmebogen

Angaben zur Patientin/zum Patienten:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geschlecht: weiblich männlich
 divers

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon/Handy

versichert bei welchem Elternteil?

Krankenkasse

zurzeit in Kindergarten/Schule/Ausbildung

Schulklasse

Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin

Lebensmittelpunkt: _____

Sorgerecht: beide Eltern leibl. Mutter leibl. Vater Sonstige: _____

Bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eltern, die **beide sorgeberechtigt** sind, ist die schriftliche Einverständniserklärung des anderen Elternteils (siehe Anlage) unbedingt beizulegen!

Sind Sie **allein sorgeberechtigt**, wird eine schriftliche Bestätigung über diese Angabe benötigt.

Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten:

Name des **1. Elternteils**

Geburtsdatum

Geschlecht

Adresse (falls abweichend)

Telefon/Handy

Aktuell berufstätig als

E-Mail

Name des **2. Elternteils**

Geburtsdatum

Geschlecht

Adresse (falls abweichend)

Telefon/Handy

Aktuell berufstätig als

E-Mail



Angaben zu Geschwistern:

Name:

Geburtsdatum:

Kindergarten/ Schule

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Welche/r Ärzt*in (Name) kümmert sich schwerpunktmäßig um Ihr Kind?

- Hat Ihr Kind schon einmal AMBULANTE Psychotherapie in Anspruch genommen?
O JA O NEIN
- Wenn JA, in welchem Zeitraum? _____
Wie viele Stunden? _____ Bei wem? _____
Welche Therapieform? O Verhaltenstherapie O Tiefenpsychologie O Psychoanalyse
- Wurde Ihr Kind bereits STATIONÄR psychotherapeutisch behandelt? O JA O NEIN
- Wenn JA, wann und aus welchem Grund? _____

Datum / Unterschrift