



Patient/in:

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel.:

Mobil-Nr.:

E-Mail:

☐ Kindergarten:

☐ Schule und Klasse:

Schulbesuch derzeit möglich: ☐ ja ☐ nein ☐ unregelmäßig

☐ Ausbildung/Studium:

Krankenversicherung:

☐ gesetzlich ☐ private Zusatzversicherung Psychotherapie

☐ privat

☐ mit Beihilfeberechtigung

Name der Krankenkasse:

Versichert über: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ eigenständig ☐ andere Person:

Vorbehandlung oder Überweisung durch:

Leibliche Eltern, gegebenenfalls auch Adoptiv- oder Pflegeeltern:

	Mutter	Vater
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
Telefon-Nr.:		
Mobil-Nr.:		
E-Mail:		
Schulabschluss:		
Beruf:		
jetzige Tätigkeit:		



Sorgerecht:

gemeinsames Sorgerecht: ☐ ja ☐ nein

gemeinsamer Haushalt: ☐ ja ☐ nein

wenn nein: bei wem liegt das Sorgerecht?

Vorstellungsanlass / Symptomatik:

Mögliche Therapiezeiten (bitte alle Optionen angeben):

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit					

Ich erkläre mich mit der Vorstellung, Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung meines o.g. Kindes einverstanden. Jugendliche Patientinnen und Patienten dürfen mit Vollendung des 15. Lebensjahres, nach § 36 Abs. 1 SGB I, ohne Mitwirkung bzw. Unterschrift der Eltern, einen Antrag auf Psychotherapie stellen.

Unterschriften von allen sorgeberechtigten Personen bzw. von Patienten mit Vollendung des 15. Lebensjahres:

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift: