

Anmeldeformular

Angaben Patient:in

Name

(ggf. Geburtsname)

Vorname(n)

 weiblich männlich divers: _____

Adresse:

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße, Nr.:

PLZ / Ort:

Angaben zu den Sorgeberechtigten*

Name, Vorname

Name, Vorname

Kontakt

Telefon: _____ / _____

E-Mail: _____

Vorstellungsgrund

 Ersteinschätzung Diagnostik Psychotherapie

Auffälligkeiten/Anliegen:

(Bitte kurz beschreiben)

(ggf. Überweisung durch) _____

Versicherungsart:

gesetzlich

privat

Selbstzahler

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Einverständniserklärung

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind in der Praxis vorgestellt wird und bestätigen, dass **alle** **Sorgeberechtigten mit der Diagnostik / Behandlung einverstanden sind.**

Wir sind damit einverstanden, dass die Praxis uns telefonisch oder per E-Mail kontaktiert, insbesondere zur Terminvereinbarung, Terminänderung oder Rückfragen im Rahmen der Behandlung.

Ort, Datum _____ **Unterschrift Patient:in** _____

Unterschrift aller Sorgeberechtigten* _____

**bei Patienten und Patientinnen unter 15 Jahren erforderlich*