



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:

ANGABEN ZU DEN ELTERN

	MUTTER	VATER
VOR-& NACHNAME:		
SORGERECHT:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
ADRESSE:		
TELEFONNR.:		
EMAIL-ADRESSE:		

WICHTIGE INFORMATIONEN

VORMUND: <input type="checkbox"/> ENTFÄLLT	NAME: _____
	ZUGEHÖRIGES JUGENDAMT: _____
AKTUELL BESUCHTE SCHULE/KINDERGARTEN:	NAME: _____ ADRESSE: _____
HAUS-/KINDERARZT:	NAME: _____ ADRESSE: _____
	TELEFON: _____

VORSTELLUNGSANLASS

Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten

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

Ort, Datum

Sorgeberechtigte(r)

Ort, Datum

Sorgeberechtigte(r)