



**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 Sabrina Höppener einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte(r)

