



NADINE SCHÄFER

Psychotherapie für Kinder, Jugendliche,
junge Erwachsene & Eltern

Patientendaten

Ihre Anmeldung in der Praxis Schäfer unterliegt der Schweigepflicht (vgl. § 204 StGB), d.h. dass Ihre Daten selbstverständlich vertraulich behandelt werden. Um Ihrem Anliegen fachgerecht entsprechen zu können, bitte ich Sie folgenden Anmeldebogen auszufüllen und mir an die u.g. Adresse zukommen zu lassen.

1) Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy: _____

Kinderarzt: _____

2) Angaben zu den Eltern

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater Sonstige: _____

Mutter

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon / Handy: _____

Beruf: _____

Vater

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon / Handy: _____

Beruf: _____

Anschrift eines getrennt lebenden Elternteils

Anschrift: _____

3) zeitlicher Rahmen für Psychotherapie

Eine Psychotherapie bedeutet eine regelmäßige Behandlung. In der Regel finden wöchentliche Termine á 50 Minuten statt. Bitte geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihrem Kind möglich ist, Termine wahrzunehmen:

	vormittags		nachmittags	
Montag	von	bis	von	bis
Dienstag	von	bis	von	bis
Mittwoch	von	bis	von	bis
Donnerstag	von	bis	von	bis
Freitag	von	bis	von	bis

4) Geschwister

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

5) Versicherung

Wie sind Sie versichert?

Privat

gesetzlich krankenversichert

Selbstzahler

Wurde das Kind oder der Jugendliche schon einmal psychotherapeutisch behandelt oder befindet sich aktuell in Behandlung?

Nein Ja bei wem? _____ von _____ bis _____

Nimmt Ihr Kind **Medikamente**? _____

6) Vorstellungsanlass

Schildern Sie bitte kurz:

Eltern: Worüber Sie sich bei Ihrem Kind sorgen? **Jugendliche:** Welche Sorgen führen Dich hierher?

Wie sind Sie / bist Du auf die Praxis Schäfer aufmerksam geworden (Arzt, Internet, Freunde, Bekannte etc.)? _____