

## Aufnahmebogen

GKV    PKV    Beihilfe



## Psychologische Praxis Simonszent

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut • Diplompsychologe  
Psychotherapie (HPG) • Lerntherapie • Supervision • Coaching

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geschl.: \_\_\_\_\_,  männlich    weiblich

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Patient wohnt:             mit beiden Eltern    beim Vater        bei der Mutter

Sorgerecht:               gemeinsam         nur Vater          nur Mutter

Mit Psychotherapie einverstanden:  beide             nur Vater         nur Mutter

Krankenversichert bei:    selbst               Vater               Mutter

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Kinderarzt): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiater: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Wurden in der Vergangenheit bereits Diagnosen gestellt?

nein        ja → welche: \_\_\_\_\_

Frühere Psychotherapie oder andere Therapien / Förderung?

nein       ja → wo, was, wie lange: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikation?  nein     ja → welches, wann, Dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

weitere relevante Voruntersuchungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind sie auf die Praxis aufmerksam geworden: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift (Vater): \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift (Mutter): \_\_\_\_\_

**Unterschrift bitte von beiden sorgeberechtigten Eltern. Diese Anfrage ist kostenlos und unverbindlich.**