

Aufnahme- und Anmeldebogen

GKV PKV Beihilfe



Psychologische Praxis Simonszent

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

Name Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum, Geschl.: _____, männlich weiblich

Name des Vaters: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Mutter: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Patientin/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: _____

Kassenr. (IK) & VKNR: _____

Versichertenart & WOP: _____

Versichertennummer: _____

Haus-/Kinderärztliche Praxis: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Kinder-/Jugendpsychiatrische Praxis: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Wurden in der Vergangenheit bereits Diagnosen gestellt?

nein ja → welche: _____

Frühere Psychotherapie?

nein ja → wo, wie lange: _____

Frühere andere Therapie / Förderung?

nein ja → wo, was, wie lange: _____

Medikation? nein ja → welches, wann, Dosis: _____

weitere relevante Voruntersuchungen: _____

Vorstellungsgrund: _____

Falls aktuell kein regulärer Therapieplatz in der Praxis Simonszent vorhanden ist:

Ich möchte/ Wir möchten bis zu 5 Sprechstunden

in unregelmäßigen Abständen in Anspruch nehmen ja nein

Ich wünsche/ Wir wünschen die Weitergabe

einer Kopie dieses Aufnahmebogens an die

Praxis _____

ja nein

(Bitte den Namen der entsprechenden Praxis eintragen)

Regelmäßige Termine am Vormittag (ggf. mit Schulbefreiung) sind möglich:

ab 10 Uhr ab 11 Uhr ab 12 Uhr nein

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.