



## Anmeldebogen

Name (Kind/Jugendliche\*r): \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m  w  d

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Kind/Jugendliche\*r): \_\_\_\_\_ gesetzlich  privat

Versicherungsnr. (Kind/Jugendliche\*r): \_\_\_\_\_ d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

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

Name (Mutter): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Adresse: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name (Vater): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Adresse: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

ggf. gesetzliche Vertreter  
Name (z.B. Pflegertern, Jugendamt): \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Informationen zum Datenschutz in der Praxis habe ich gelesen. Über die prinzipielle Unsicherheit digitaler Kommunikationswege wurde ich informiert. Ich bin mit der Nutzung o.g. Kommunikationswege einverstanden.

**Datum:**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift aller  
Sorgeberechtigten bzw.  
volljährige\*r Patient\*in:**

\_\_\_\_\_



## Vorstellungsgrund

Bitte schildern Sie den genauen  
Vorstellungsanlass:

---

---

---

Wo treten die Probleme auf, wen  
beeinträchtigen sie und seit wann  
bestehen sie?

---

---

---

Was war der unmittelbare Anlass  
dafür, nun therapeutische Hilfe  
aufzusuchen?

---

---

---

Besonderheiten in der Entwicklung  
(z.B. kritische Lebensereignisse,  
Krankheiten, auffällige Entwicklung):

---

---

---

Patient\*in besucht aktuell

Kindergarten, Name:

---

Schule, Klasse, Name:

---

Ausbildungsstätte oder sonstiges:

---

Aktuelle Medikation:

---

Psychiatrische Mitbehandlung: nein  ja, in Praxis

---

Mit meiner Unterschrift willige in die psychotherapeutische Behandlung ein.

**Ort, Datum:**

---

**Unterschrift aller  
Sorgeberechtigten bzw.  
volljährige\*r Patient\*in:**

---