

Anmeldebogen für Kinder

Name, Vorname des Kindes:			
Geb.-Datum:			
Anschrift :			
Telefon:			
E-Mail:			
Wie kann ich Sie am besten erreichen?			
Patient*in lebt bei: (Eltern, Mutter, Vater, WG, Einrichtung, Pflegefamilie etc.)			
Schule/Klasse			
Krankenversicherung:			
Anzahl der Geschwister, ihr Alter und ihr Geschlecht (auch Halb- bzw. Stiefgeschwister)			

Angaben zu den Eltern	
<u>Mutter:</u>	<u>Vater</u>
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Beruf:	Beruf:
Anschrift:	Anschrift:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sonstige/r Sorgeberechtigte/r:	
Falls die leiblichen Eltern getrennt leben - Wie ist der Kontakt zu dem Kind geregelt? Und wann war die Trennung?	

Psychotherapie U21
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
Schleusenstr. 32
27568 Bremerhaven

Beschreiben Sie kurz den Anlass zur Anmeldung/ Grund für die Vorstellung?

Haben Sie und/oder Ihr Sohn oder Ihre Tochter sich wegen dieser oder anderer Schwierigkeiten (Themen oder Problemen) schon einmal beraten lassen? Wenn ja, wo und wann?

Gibt/ gab es Krankheiten, Operationen oder Unfälle, Allergien, Krankheitsaufenthalte?

Wurde Ihnen Psychotherapie empfohlen? Wenn ja, von wem?

Was wünschen Sie sich von der Psychotherapie?

Andere Bemerkungen:

Datum

Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten