

Psychotherapeutische Praxis

für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie -

Informationen zur Patientin/ zum Patienten

Angaben zum/r Patienten/in:

Datum:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

E-Mail

Telefon/Mobil

versichert über Vater/Mutter, selbst -- privat/ gesetzlich versichert

Krankenkasse

Zurzeit im Kindergarten/Schule/Ausbildung/ Studium ...

Klasse/Stufe/Jahr

Hausarzt/ Kinderarzt

Patient/in lebt bei:

leiblichen Eltern

leiblicher Mutter

leiblichen Vater

Ersatzmutter

Ersatzvater

Sonstige _____

Sorgerecht haben:

beide Eltern

leibliche Mutter

leiblicher Vater

Sonstige _____

Name und Anschrift des überweisenden Arztes oder Empfehlenden an mich:

Krankheiten, Operationen oder Unfälle des Patienten/ der Patientin:

Beschreiben Sie kurz, warum Sie sich an mich wenden:

Angaben zu den Eltern/Ersatzeltern:

Name, Vorname der **leiblichen Mutter**

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von Patienten/in

Telefon/ Mobil

erlernter Beruf

aktuell berufstätig als

Name, Vorname des **leiblichen Vaters**

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von Patienten/in

Telefon/ Mobil

erlernter Beruf

aktuell berufstätig als

Name, Vorname der **Ersatzmutter**

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von Patienten/in

Telefon/ Mobil

erlernter Beruf

aktuell berufstätig als

Name, Vorname des **Ersatzvaters**

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von Patienten/in

Telefon/ Mobil

erlernter Beruf

aktuell berufstätig als

Rechnungsempfänger, falls privat versichert:

Angaben zu Geschwistern:

1.

Name, Vorname Geburtsdatum/ Alter Schulbildung

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von der Patientin/dem Patienten

- leibliches Geschwisterkind Halbgeschwisterkind Stiefgeschwisterkind
 Sonstiges _____

2.

Name, Vorname Geburtsdatum/ Alter Schulbildung

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von der Patientin/dem Patienten

- leibliches Geschwisterkind Halbgeschwisterkind Stiefgeschwisterkind
 Sonstiges _____

3.

Name, Vorname Geburtsdatum/ Alter Schulbildung

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von der Patientin/dem Patienten

- leibliches Geschwisterkind Halbgeschwisterkind Stiefgeschwisterkind
 Sonstiges _____

4.

Name, Vorname Geburtsdatum/ Alter Schulbildung

Adresse (Straße, PLZ, Ort) falls abweichend von der Patientin/dem Patienten

- leibliches Geschwisterkind Halbgeschwisterkind Stiefgeschwisterkind
 Sonstiges _____

(Falls weitere Geschwister vorhanden sind, diese bitte auf der Rückseite vermerken.)

Haben Sie und der Patient/ die Patientin sich wegen dieser oder anderer Schwierigkeiten (Themen/ Probleme) schon einmal beraten lassen? Wenn ja, wo bzw. von wem?

DATUM **UNTERSCHRIFT/EN** **der oder des Sorgeberechtigten** **der/des Patienten/in**

Dipl.-Päd. Sandra Schollmeier-Ott
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/TP

TELEFON: 04461/925388 AB - EMAIL: praxis.schollmeierott@gmail.com
www.praxis-schollmeierott.com

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS SCHORTENS
Bebelstrasse 17 - 26419 Schortens