JULIA KRATZ
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN

Persönliche Angaben zum Kind/Jugendlichen:

Name

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Handynummer (Patient)

Telefon

Mailadresse

Besucht aktuell :

○ Kindergarten :

○ Schule, Klasse:

○ Ausbildung als:

○ Beschäftigt bei:

Krankenversicherung: ○ gesetzlich ○ privat

Name der Krankenversicherung

Versicherungsnummer des Jugendlichen / Kindes

Versicherungsnummer des Hauptversicherers, Name

Hausarzt:

Name, Anschrift

Mutter:

Name | Geburtsdatum | Familienstand

Beruf | Telefon | Mailadresse

evtl. abweichende Adresse

Vater:

Name | Geburtsdatum | Familienstand

Beruf | Telefon | Mailadresse

evtl. abweichende Adresse

Sorgerecht:

○ beide Eltern ○ Mutter ○ Vater ○ andere Person

Geschwister:

geb. am

geb. am

geb. am

Vorstellungsgrund in der Praxis:

Wichtige Lebensereignisse/Belastungen: (Krankheiten, Lebensereignisse, Unfälle etc.)

Vorbehandlungen: (Logo, Ergo, Frühförderung etc.)

Aktuelle Medikamente:

Mögliche Zeiten für Psychotherapie:

- ☐ Montag _____ bis _____
- ☐ Dienstag _____ bis _____
- ☐ Mittwoch _____ bis _____
- ☐ Donnerstag _____ bis _____
- ☐ Freitag _____ bis _____

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter | Unterschrift Sorgeberechtigter | Unterschrift Patient (über 14 Jahre)