



Anmeldebogen

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Handy: _____

zusätzlich Telefon Eltern: _____ Email: _____

Schule/Kindergarten: _____ Klasse/Gruppe: _____

ggf. Ausbildung/Beruf: _____

Angaben zu den Eltern

Name **Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____

Fam.Stand: _____ Beruf: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Name **Vater**: _____ Geburtsdatum: _____

Fam.Stand: _____ Beruf: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater andere Person: _____

Lebt bei Eltern ja nein lebt bei: _____

Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse: _____ gesetzlich privat

Zweigstelle Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Mitversichert bei: Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnr.: _____

Empfohlen bzw. Überwiesen von: _____



Vorstellungsgrund

Bitte schildern Sie die Probleme, Sorgen, Verhaltensauffälligkeiten genauer:

Seit wann bestehen die Probleme? _____

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Behandlung? _____

(Vor-)Erkrankungen, Vorbehandlungen, Klinikaufenthalte: _____

Medikamenteneinnahme (Name, Dosierung, seit wann): _____

Bereits durchgeführte Untersuchungen (bitte mit Jahresangabe!):

Intelligenztest _____ Legasthenie-Diagnostik _____

Psychologischer Test _____ Dyskalkulie-Diagnostik _____

Hörtest _____ Sehtest _____ EEG _____

Andere Untersuchung: _____

Wann haben Sie Zeit?

Bitte geben Sie an, an welchen Wochentagen und zu welchen Uhrzeiten der/die Patient/in bzw. auch deren Eltern/Bezugspersonen Termine in der Praxis wahrnehmen kann (Montag bis Samstag mit genauer Angabe der Uhrzeit):

Patient/in: _____

Eltern/Bezugsperson: _____

Ort, Datum

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter