

Stammblatt zur ambulanten Psychotherapie

Angaben zum Patienten / zur Patientin			
Name:			
Vorname:		Geb.	
Anschrift:			
Telefon (auch mobil):		E-Mail:	
<input type="checkbox"/> Kita / Schule			<input type="checkbox"/> In Ausbildung
Krankenversicherung:		Versichertennummer:	

Angaben zu den Sorgeberechtigten				
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> Eltern (gemeinsam)	<input type="checkbox"/> Mutter (alleine)	<input type="checkbox"/> Vater (alleine)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<u>Sorgeberechtigte Person A:</u>				
Name:				
Vorname:		Geb.		
Anschrift: (falls abweichend)				
Beruf / Tätigkeit:				
<u>Sorgeberechtigte Person B:</u>				
Name:				
Vorname:		Geb.		
Anschrift: (falls abweichend)				
Beruf / Tätigkeit:				

Angaben zu der Symptomatik

Terminvereinbarung				
Bitte teilen Sie uns mögliche Therapiezeiten mit. Je nach Kapazität vereinbaren wir anhand dessen einen festen wöchentlichen Termin à 50 Minuten mit Ihnen.				
<i>Montag</i>	<i>Dienstag</i>	<i>Mittwoch</i>	<i>Donnerstag</i>	<i>Freitag</i>

Vielen Dank!