

Dipl.-Päd. (univ.) Eva Müller-Simeth
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin
tiefenpsychologisch fundiert

Krankenhausstr. 3b
92431 Neunburg v.W.
Tel.: 0152-54156872
e-mail: praxis@[mueller-simeth.de](mailto:praxis@mueller-simeth.de)

ANMELDEBOGEN PSYCHOTHERAPIE

Datum: _____

Name des Kindes/Jugendlichen _____

Alter: _____

Geb.datum: _____

Adresse: _____

Tel.nr: _____

Wer hat das Sorgerecht? 0 beide Eltern 0 Mutter 0 Vater

sonstige: _____

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind/der bzw. die Jugendliche versichert?

Kindergarten (Ort): _____

Schulart: _____

Klasse: _____ Schulort: _____

Besucht Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung bzw. ist in einer Jugendhilfemaßnahme?

0 Nein

0 Ja: _____

Zu welchen Zeiten wären Termine möglich?

Von wem wurden Sie zu mir geschickt? _____

Waren Sie schon einmal in kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? 0 Ja 0 Nein

Wenn ja, wann und wo?

Welche Probleme/Symptome liegen aktuell vor und seit wann?

Gibt es Vorbefunde?

o Ja

von _____

o Nein

Was erscheint Ihnen sonst noch wichtig mir mitzuteilen?

Bitte bringen Sie zum Ersttermin folgende Unterlagen mit:

- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Vorbefunde (z.B. Ärzte/Kliniken/Logopädie/Ergotherapie)
- gelbes Vorsorge-Untersuchungsheft
- Zeugniskopien

Name/n der/des Sorgeberechtigten:

Adresse der/des Sorgeberechtigten, falls von der Adresse des Kindes/Jugendlichen abweichend:
