



Persönliche Daten

Patient/in

Vorname: _____ Nachname: _____

Geboren am: _____ PLZ: _____

Wohnort: _____ Straße/ Nr.: _____

Festnetztelefon der Familie: _____

Mobiltelefon: _____ (Patient/in)

E-Mail: _____ (Patient/in)

Kindergarten/ Schule/ Ausbildungsstätte/ Fachhochschule/ Universität

Name der Institution: _____

Ort: _____

Name der Kindergartengruppe: _____

aktuelle Klasse in der Schule: _____

(bei Studierenden) Studienfach: _____

aktuelles Studiensemester: _____

(bei Auszubildenden) Name der Ausbildung: _____



Redezeit

PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE
DR. HEIKE LAU & KOLLEGINNEN

Eltern

Mutter

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

gelernter Beruf: _____

derzeit tätig: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail-Anschrift: _____

Postanschrift: _____

Familienstand: _____

Sorgerecht: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Vater

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

gelernter Beruf: _____

derzeit tätig: _____

E-Mail-Anschrift: _____

Postanschrift: _____

Mobiltelefon: _____

Familienstand: _____

Bei privat versicherten Patienten oder Selbstzahlern:

Rechnungsempfänger ist ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____



Redezeit

PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE
DR. HEIKE LAU & KOLLEGINNEN

Geschwister

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Vorstellungsgrund: _____

Name der behandelnden Ärzte (Kinderarzt/ -ärztin/ Kinderpsychiater/-erin)

Name: _____ Ort: _____

Name: _____ Ort: _____

Versicherung

Name der Krankenversicherung: _____

versichert über: O Mutter O Vater oder: _____

zuständige Beihilfestelle: _____ Ort: _____

Psychotherapeutische Vorbehandlungen

Hat Ihr Kind bereits eine Psychotherapie oder psychotherapeutische Sprechstunden in unserer Praxis oder einer anderen Praxis gehabt?

Falls ja, bitten wir Sie Folgendes zu ergänzen:

Zeitraum: _____ Anzahl der Termine: _____

Name der Praxis: _____

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch Folgendes mit:

- ☐ Versichertenkarte Ihres Kindes
- ☐ Kinderuntersuchungsheft
- ☐ Kopien der letzten beiden Zeugnisse
- ☐ Kopien der Vorbefunde/ Berichte

Möchten Sie etwas ergänzen?

- Vielen herzlichen Dank -