

# Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Olewiger Str.16, 54295 Trier · Tel. 0651 - 15 06 10 34

Yael Amanda Creutzfeldt

Diplom-Kunsttherapeutin

Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

LANR: 7837 976 69 · BSNR: 507100400

## Anmeldebogen

Datum: .....

.....  
**Patient/in** Familienname | Vorname | Geburtsdatum

.....  
Straße, Nr., PLZ, Wohnort | Telefonnummer

.....  
Kindergarten/Schule/Beruf | Klasse | Klassenlehrer/in

.....  
Krankenkasse | Hauptversicherter (Name) + Versicherungsnummer

.....  
**Mutter** Familienname | Vorname | Geburtsdatum

.....  
Straße, Nr., PLZ, Wohnort | Telefonnummer

.....  
Beruf/Arbeit | wöchentliche Arbeitsstunden | Handynummer

Sie ist die Leibliche Mutter des/der Patienten/in:  ja  nein, sondern .....

.....  
**Vater** Familienname | Vorname | Geburtsdatum

.....  
Straße, Nr., PLZ, Wohnort | Telefonnummer

.....  
Beruf/Arbeit | wöchentliche Arbeitsstunden | Handynummer

Er ist der leibliche des/der Patienten/in:  ja  nein, sondern .....

Wer ist sorgeberechtigt?  Eltern  Mutter  Vater  Andere Person/en:

Sind alle Sorgeberechtigten über den Beginn einer Psychotherapie informiert?  ja  nein

Liegt eine Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten vor?  ja  nein

Patient/in lebt bei:

Eltern  Mutter  Vater  Heim/WG .....

in einer anderen Einrichtung, welche?.....

Der/die Patient/in hat ..... Geschwister .....Halbgeschwister Position:.....

Angaben der Begleitperson/en:  Eltern  Mutter  Vater  Andere Person/en:

Hausarzt/Psychiater .....

Telefon/Anschrift:.....

Wer hat die Praxis empfohlen? .....