Anmeldebogen

Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

VORABENTWURF - BITTE VOR DEM VERSENDEN PRÜFEN

Rückgabeweg und Datenschutzhinweise sind noch nicht festgelegt. Bitte nicht per unverschlüsselter E-Mail senden.
Dieses Formular ist eine unverbindliche Anfrage, keine Notfallanmeldung und keine Platzgarantie.

ANGABEN ZUM KIND / ZUR ODER ZUM JUGENDLICHEN

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Schule / Ausbildung (optional)

SORGEBERECHTIGTE UND KONTAKT

Name(n) der Sorgeberechtigten / Bezugsperson(en)

Ansprechperson für die erste Rückmeldung

Beziehung zum Kind

Telefonnummer

E-Mail-Adresse (optional)

Bevorzugter Kontaktweg:

- [ ] Telefon
- [ ] E-Mail

Wann sind Sie am besten erreichbar? (optional)

Weitere organisatorische Hinweise (optional)

Bitte nur Angaben machen, die für eine erste Rückmeldung oder Terminplanung erforderlich sind.

Ihr Anliegen

Stichworte genügen. Eine ausführliche Krankengeschichte ist hier nicht nötig.

WORUM GEHT ES BEI DER ANMELDUNG?

Was möchten Sie im Erstkontakt ansprechen? (optional)

Seit wann besteht der Wunsch nach Unterstützung ungefähr? (optional)

BISHERIGE UNTERSTÜTZUNG

Gab es bereits eine Beratung oder Behandlung? (optional)

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unsicher

Falls Sie möchten: kurze Angaben dazu

WAS WÄRE IHNEN WICHTIG?

Was sollte die Praxis für ein erstes Gespräch wissen? (optional)

Ort und Datum (optional)

Name der ausfüllenden Person

BITTE SCHÜTZEN SIE IHRE GESUNDHEITSDATEN

Tragen Sie keine ausführlichen Diagnosen oder traumatischen Erlebnisse ein. Klären Sie vor dem Versand den sicheren Rückgabeweg. Bei akuter Gefahr wählen Sie 112. Dieser Bogen wird nicht laufend überwacht.