



PRAXIS FÜR KINDER - &
JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE
— Susan Beutel (M.A.) —

Anmeldeformular

Datum des Telefonats: _____

Name des Kindes: _____
(Nachname) (Vorname)

geboren am: _____ Straße _____

(PLZ) (Ort)

Telefon _____

Handy _____

Fax _____

E-mail _____

Bes. fam. Verhältnisse (z. Pflege-, Adoptivkind, u. ä.) _____

Kindergarten/Schule/Klasse _____

Geschwister des Kindes: _____
(Name) (Geburtsdatum)

Mutter des Kindes: _____
(Name) (Geburtsdatum)

Beruf: _____

Vater des Kindes: _____
(Name) (Geburtsdatum)

Beruf: _____

Evtl. Scheidung (wann): _____ evtl. Wiederheirat (wann): _____

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind versichert? _____
(Name oder Abkürzung der Krankenkasse)

(PLZ) (Ort)

Mit wem ist das Kind versichert? (Vater/Mutter) _____

Name und Anschrift des Kinder/Hausarztes _____

Wegen welcher Schwierigkeiten kommen Sie mit Ihrem Kind zu mir? (Stichworte, seit wann?)

Unterschrift: _____

1. Schwangerschaftsverlauf (ankreuzen)

- 0 Fertilitätsbehandlung
- 0 total unauffällig
- 0 Blutungen
- 0 Zucker
- 0 starkes Erbrechen
- 0 Nierenerkrankungen
- 0 andere Erkrankungen _____

2. Geburtsverlauf (ankreuzen)

- 0 völlig ohne Komplikationen
- 0 Sauerstoffmangel
- 0 schwierige Lage
- 0 Zange
- 0 Übertragung
- 0 Nabelschnurvorfall
- 0 Absinken der Herztöne
- 0 Kaiserschnitt
- 0 Saugglocke
- 0 Neugeborenenengelbsucht
- 0 Sonstiges _____

3. Geburtsgewicht des Kindes: _____

4. a Schwere bisherige Erkrankungen des Kindes (evtl. Klinikaufenthalt)

4. b Schwere Erkrankungen von Familienangehörigen:

4. c Verlusterlebnisse des Kindes / der Eltern (z. B. Tod wichtiger Bezugspersonen, Fehlgeburten, Verlust eines Kindes)

5. a Kindertherapien (Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik, u. ä.) bitte
Unterlagen beifügen

5. b Elterntherapien:

6. Wohnortwechsel von: nach:
