



# Datenblatt

Bitte füllen Sie dieses Datenblatt sorgfältig aus. Es erleichtert uns die notwendigen Verwaltungsarbeiten und stellt einen reibungslosen Ablauf der Korrespondenz sicher. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz. Vielen Dank!

## Angaben zum Hauptversicherten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (privat): \_\_\_\_\_ (dienstlich): \_\_\_\_\_

Telefonnummer (mobil): \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Ehepartner (Kindsvater/ Kindsmutter)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (privat): \_\_\_\_\_ (dienstlich): \_\_\_\_\_

Telefonnummer (mobil): \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Name der Schule / des Kindergartens: \_\_\_\_\_

Ort der Schule / des Kindergartens: \_\_\_\_\_

Name der Lehrerin / der Erzieherin: \_\_\_\_\_

Gegenwärtiger Besuch sozialpädagogischer Einrichtungen (Hort etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Krankenkasse (Name und komplette Anschrift): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinderarzt / Hausarzt (Name und komplette Anschrift): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigter Elternteil: \_\_\_\_\_

Wer gab die Anregung zur Vorstellung: \_\_\_\_\_

Grund zur Vorstellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Mögliche Therapiezeiten:**

Tag/ Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR	SA
8.00						
9.00						
10.00						
11.00						
12.00						
13.00						
14.00						
15.00						
16.00						
17.00						
18.00						
19.00						

Im gemeinsamen Gespräch mit Ihnen werden nach einem möglichen Therapietermin gesucht. Bitte berücksichtigen Sie, dass in den Hauptzeiten der schulpflichtigen Kinder zwischen 15.00 und 17.00 Uhr die größte Nachfrage besteht. Wenn Sie Randzeiten und wenig Einschränkungen im sonstigen Wochenplan ermöglichen können, werden wir Ihnen schneller einen Therapieplatz anbieten können.

**Ablauf:**

Nach einem Erstgespräch und Ihrem Eindruck von uns und der Praxis überlegen wir uns das weitere Vorgehen. Die ersten Stunden (5-6) dienen hierbei der Probatorik. Schwerpunkt liegt in einer Diagnostik, der Überprüfung einer Therapienotwendigkeit sowie der Überprüfung des Therapieverfahrens und der Passung zwischen Therapeut und Kind / Eltern. Im Anschluss wird in einem Diagnostikabschlussgespräch eine mögliche Psychotherapie gemeinsam besprochen. Wir möchten Sie bitten, auch in dieser Zeit Termine frühzeitig- möglichst 48 Stunden vorher- abzusagen, damit wir den Termin neu belegen können.

**Bitte lassen Sie uns das Formular per Fax (06081 / 5821472) oder per Mail vorab zukommen.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Gültigkeit der oben gemachten Angaben.**

---

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

