



Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Nils Nortmeyer

## Aufnahmebogen

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefonnummern (bitte geben Sie eine Mobilfunknummern an, auf denen Sie sich auch SMS anschauen, in Ausnahmefällen kann es sein, dass ausschließlich hierüber eine Terminabsage durch den Therapeuten erfolgt):**

Festnetz: \_\_\_\_\_ ggfs. Geschäft: \_\_\_\_\_

Mobil: Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_ Jugendlicher: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ mitversichert bei Vater , Mutter

Aktuelle Bildungseinrichtung: \_\_\_\_\_ Schulklasse: \_\_\_\_\_

Grundschule , Hauptschule/Werkrealschule , Realschule , Gymnasium , andere

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wohnhaft bei Eltern , leibl. Mutter , leibl. Vater , Ersatzeltern , Heim

Sorgerecht: beide Eltern , Mutter , Vater , Vormund  \_\_\_\_\_

Mit einer (als zeitweise ersetzenden) Videotherapie bin ich einverstanden   
nicht einverstanden

**Bitte wenden!**

Ich versichere, dass meine Angaben korrekt sind: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Angaben zu den Eltern (bei abweichender Adresse des Hauptversicherten unbedingt angeben!):

Name der Mutter/Ersatzmutter

Name des Vaters/Ersatzvaters

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse falls abweichend:

Adresse falls abweichend:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

schulischer Abschluss: \_\_\_\_\_

schulischer Abschluss: \_\_\_\_\_

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

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

aktuell berufstätig als: \_\_\_\_\_

aktuell berufstätig als: \_\_\_\_\_

Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

Geschwister:

Name:

Geburtsdatum:

Schulbildung:

Verwandtschaftsbeziehung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Befand sich Ihr Kind schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? **Noch Nicht**

Falls ja, bei wem?

Von (mm/yy) Bis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_