



Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft
Clarissa Kleickmann Anna Braukmann

Psychologische Psychotherapeutin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Anmeldebogen

Vorname Name (Kind/Jugendliche/r) _____

Alter _____ Geschlecht m w d

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____ Handy _____

Email Adresse _____

Krankenversicherung (Kind/Jugendliche/r) _____ gesetzlich privat

Versicherungsnr. (Kind/Jugendliche/r) _____ d. Hauptversicherten _____

Adresse der Krankenversicherung _____

Name Mutter _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

ggf. abweichende Adresse _____

Schulabschluß _____ Beruf _____

Name Vater _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

ggf. abweichende Adresse _____

Schulabschluß _____ Beruf _____

Medikation _____

Probleme / Beschwerden _____
Platz auch auf Rückseite

Erwartungen an Therapie _____

Freie Zeiten für Psychotherapie Montag ab _____ Uhr Dienstag ab _____ Uhr Mittwoch ab _____ Uhr

Donnerstag ab _____ Uhr Freitag ab _____ Uhr vormittags Tage _____

Die Informationen zum Datenschutz in der Praxis habe ich gelesen. Über die prinzipielle Unsicherheit digitaler Kommunikationswege wurde ich informiert. Ich bin mit der Nutzung o.g. Kommunikationswege einverstanden.

Datum:

Unterschrift: