

Kinderpsychotherapie EISENACH



Kinderpsychotherapie Eisenach
Goethestraße 18
99817 Eisenach

Anfrage für Erstgespräch/ Therapieplatz

Angaben zum/r Patienten/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Kindergarten/Schule/Ausbildungsstelle

Schulklasse

Patient/in lebt bei:

☐ beiden Eltern

☐ leibl. Mutter

☐ leibl. Vater

☐ Ersatzmutter/-vater

☐ Sonstige

Sorgerecht liegt bei:

☐ beiden Eltern

☐ leibl. Mutter

☐ leibl. Vater

☐ Sonstige:

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert

☐ beihilfeberechtigt

Falls ja, von wem wurde an uns verwiesen?

Wer meldet an?

Name, Vorname

Handy/ Telefon

E-Mail

Aktuelle Beschwerden:

☐ Anmeldung für ambulante Psychotherapie

☐ Anmeldung für Diagnostik

☐ Regelmäßige Termine am Vormittag
zwischen 8 und 12 Uhr möglich

Bitte um Aufnahme auf die Warteliste von:

☐ Frau Klaß

☐ Frau Wendt

☐ Beide Wartelisten

Datum: _____