

AUFNAHMEBOGEN

PATIENTENDATEN:

Name des/r Patienten/in: _____ Geb.: _____

Schule /Ausbildung: _____ Klasse: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geschwister (mit Alter): _____

DATEN DER SORGBERECHTIGTEN:

Sorgerecht: beide Eltern oder Mutter Vater

Name des Vaters: _____ Geb.: _____

Mobilnummer: _____

Name der Mutter: _____ Geb.: _____

Mobilnummer: _____

VERSICHERUNG/ARZT/MEDIKAMENTE:

Krankenversicherung: _____

privat beihilfeberechtigt gesetzlich

Familienversichert: Vater Mutter Sonstige _____

Behandelnder Arzt: _____

Ggf. Medikation: _____

VORSTELLUNGSANLASS / WÜNSCHE FÜR DIE THERAPIE:

MÖGLICHE THERAPIETERMINE, UHRZEIT:

MO	DI	MI	DO	FR
ab ____ Uhr	ab ____ Uhr	ab ____ Uhr	ab ____ Uhr	ab ____ Uhr

