

## AUFNAHMEBOGEN

### PATIENTENDATEN:

Name des/r Patienten/in: _____	Geb.: _____
Schule /Ausbildung: _____	Klasse: _____
Adresse: _____	
Telefon: _____	
Geschwister (mit Alter): _____	

### DATEN DER SORGEBERECHTIGTEN:

Sorgerecht:	<input type="radio"/> beide Eltern oder	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater
Name des Vaters:	_____	Geb.:	_____
Mobilnummer:	_____		
Name der Mutter:	_____	Geb.:	_____
Mobilnummer:	_____		

### VERSICHERUNG/ARZT/MEDIKAMENTE:

Krankenversicherung:	_____		
	<input type="radio"/> privat	<input type="radio"/> beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> gesetzlich
Familienversichert:	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Sonstige _____
Behandelnder Arzt:	_____		
Ggf. Medikation:	_____		

### VORSTELLUNGSANLASS / WÜNSCHE FÜR DIE THERAPIE:

---



---



---

### MÖGLICHE THERAPIETERMINE, UHRZEIT:

MO	DI	MI	DO	FR
ab ____ Uhr				

