

---

## Anmeldung für eine Psychotherapie

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Schule / Kindergarten: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in einer Nachmittagsbetreuung oder einer Jugendhilfemaßnahme?

- Ja: \_\_\_\_\_
- Nein

Zu welchen Zeiten wären Termine möglich?

\_\_\_\_\_

Welche Problematik liegt vor? Was ist Ihr Abklärungswunsch?

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

Seit wann besteht das Problem? \_\_\_\_\_

Von wem sind Sie zu mir geschickt worden?

\_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?  
Wenn ja, wann und wo?

\_\_\_\_\_

Was erscheint Ihnen außerdem wichtig mir mitzuteilen?

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

Datum: \_\_\_\_\_ - ausgefüllt von: \_\_\_\_\_