

Persönliche Patientendaten

Datum: ____ . ____ . ____

Angaben zur Person (Kind / Jugendliche/r)

Name, Vorname _____ Geschlecht _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Wohnort _____ lebt bei _____
Krankenkasse _____ versichert über _____
Versicherten-Nr. _____
Muttersprache _____ Konfession _____
Psychotherapeutische Sitzungen (im Rahmen genehmigungspflichtiger PT) ja Falls ja, Diagnose(n):
innerhalb der letzten 2 Jahre? nein _____
Hausarzt/ Psychiater/ Überweiser: _____

Kontaktdaten

E-Mail Adresse _____
Festnetz _____ Handy _____
Nachricht auf AB erlaubt? ja nein

Angaben zur Familie (Eltern & Geschwister)

Mutter

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Beruf erlernt _____ derzeit tätig _____
beschäftigt in Vollzeit Teilzeit

Vater

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Beruf erlernt _____ derzeit tätig _____
beschäftigt in Vollzeit Teilzeit

ggf. Lebensgefährte / -in der Mutter

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Beruf erlernt _____ derzeit tätig _____
beschäftigt in Vollzeit Teilzeit

ggf. Lebensgefährte / -in des Vaters

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Beruf erlernt _____ derzeit tätig _____
beschäftigt in Vollzeit Teilzeit

Familienstand der Elternteile

verheiratet (seit _____) geschieden (seit _____) getrennt (seit _____) verwitwet
 ledig in eingetragener Lebenspartnerschaft (seit _____) (seit _____)

Sorgerecht liegt bei _____

[Optional:] Wie sind die Besuchskontakte zu dem nicht in der Familie wohnenden Elternteil geregelt (Feste Regelung? Werden Vereinbarungen eingehalten? Wie oft gibt es Kontakt?)?

Geschwister (bitte auch Vermerk bei Halb-/Stiefgeschwistern)

Name, Vorname _____ Geschlecht _____
Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geschlecht _____
Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geschlecht _____
Geburtsdatum _____

Weitere: _____

Wie ist der Kontakt zu Großeltern? Gibt es andere Bezugspersonen?

