



ANMELDEFORMULAR

NAME:

ADRESSE:

TELEFON/HANDY:

E-MAIL: (NICHT ZWINGEND NÖTIG)

GEBURTSDATUM: STAATSANGEHÖRIGKEIT:

AKTUELLE BERUFL. TÄTIGKEIT BZW. SCHULE U. KLASSE:

GGF. SORGERECHT: KRANKENVERSICHERUNG:

VORSTELLUNGSANLASS/PROBLEM, GGF. DIAGNOSEN:

AKTUELLE MEDIKATION:

WAS WURDE BISHER UNTERNOMMEN?

WER HAT DIE VORSTELLUNG ANGEREGT?

ERWARTUNGEN UND AUFTRÄGE:

HAT IN DEN LETZTEN 2 JAHREN BEREITS EINE PSYCHOTHERAPIE STATTGEFUNDEN? JA NEIN

WENN JA, BEI WEM:

PSYCHOTH. VERFAHREN:

VERHALTENSTHERAPIE TIEFENPSYCHOLOG./PSYCHOANALYTISCHE THERAPIE SYSTEMISCHE THERAPIE

ZEITLICHE VERFÜGBARKEIT: AN WELCHEN TAGEN KÖNNTE UM WIE VIEL UHR EINE THERAPIE STATTFINDEN?

GESCHWISTERKIND BEREITS IN DER PRAXIS: JA NEIN WIEDERVORSTELLUNG: JA NEIN

WEITERE INFORMATIONEN:

DATUM:

VIELN DANK FÜR IHRE/DEINE BEMÜHUNGEN.

SOBALD WIR EINEN TERMIN FÜR EIN ERSTGESPRÄCH ANBIETEN KÖNNEN, WERDEN WIR UNS MIT IHNEN IN VERBINDUNG SETZEN. LADEN SIE GERNE SCHON DEN GROSSEN ELTERNFRAGEBOGEN VON DER WEBSITE UND FÜLLEN IHN AUS, UM IHN VOR DEM ERSTGESPRÄCH WIEDER AN UNS ZU SCHICKEN.

DIE AKTUELLE RECHTSSPRECHUNG LEGT FEST, DASS BEI **GETRENNTEN ELTERNTEILEN**, DIE EIN **GEMEINSAMES SORGERECHT** FÜHREN, **BEIDE** ELTERNTEILE MIT DER AUFNAHME EINER DIAGNOSTIK UND/ODER BEHANDLUNG EINVERSTANDEN SEIN MÜSSEN. FALLS DAS FÜR IHRE FAMILIE ZUTRIFFT, BITTEN WIR SIE DIES ZU KLÄREN UND GGF. DIE **SCHRIFTLICHE EINWILLIGUNG** DES NICHT ANWESENDEN ELTERNTEILES MITZUBRINGEN.