

Anmeldebogen

Simone Lüpertz
Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Leo-Wenke-Str. 2a
41462 Neuss



fon. 02131 599204
fax. 02131 599205
www.praxis-luepertz.de
info@praxis-luepertz.de
LANR: 722576969
BSNR: 246975700

Bitte schreiben Sie leserlich!
Ihre Anmeldung in meiner Praxis
unterliegt der Schweigepflicht, d.h., dass
Ihre Daten selbstverständlich vertraulich
behandelt und nicht weitergegeben
werden.

Datum:

Vor- und Nachname des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift: (Wohnort des Patienten)

Straße/Hausnr.:

PLZ/Wohnort:

Der Patient lebt:
(bitte ankreuzen)

- bei den leiblichen Eltern: verheiratet ja nein
 bei einem leiblichen Elternteil: Mutter Vater
 bei Pflegeeltern
 in einer Wohngruppe (Kinderheim)
 in eigener Wohnung
 anderes: _____

Vor- und Nachname der leiblichen Eltern:

Mutter:

Vater:

Namen weiterer Angehöriger (z.B. Stiefeltern, mit denen der Patient zusammenlebt):

Falls der Patient bei Pflegeeltern lebt, Familienname der Pflegeeltern:

Telefon (bitte Nummer/n unterstreichen, unter der/denen Sie am besten erreichbar sind):

Privat:

Arbeitsstelle von _____:

Mutter (u.a. Handy):

Vater (u.a. Handy):

Handy Patient:

Wir sind auch per Email erreichbar (bitte in Druckbuchstaben):

Anmeldebogen

Simone Lüpertz
Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Leo-Wenke-Str. 2a
41462 Neuss



fon. 02131 599204
fax. 02131 599205
www.praxis-luepertz.de
info@praxis-luepertz.de
LANR: 722576969
BSNR: 246975700

Weitere Helfer (Bezugsbetreuer, Intensivbetreuer, Familienhilfe, Jugendamt etc.):

Name:	Tätigkeit:
-------	------------

Anschrift eines getrenntlebenden Elternteiles:

Straße/Hausnr.:	PLZ/Wohnort:
-----------------	--------------

- Sorgerecht liegt (bitte ankreuzen)
- bei beiden Elternteilen gemeinsam
 - bei der Mutter bei dem Vater
 - beim Jugendamt der Stadt _____
 - bei anderen: _____

Krankenversicherung:

Es gab bereits psychologische Behandlungen/Untersuchungen in der Vergangenheit? Das Kind war schon einmal (Name/Institution und ungefähre Zeitraum von ... bis ...):

- in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung bei einem Facharzt/Therapeuten:

- in einer Klinik: _____
- in einer Erziehungsberatungsstelle oder wurde vom schulpyschologischen Dienst untersucht:

- anderes: _____

Alle Sorgeberechtigten müssen einer Psychotherapie zustimmen und hierzu eine Einverständniserklärung bzw. Psychotherapie-Vertrag unterzeichnen.

Grundlage einer Behandlung ist ein Psychotherapie-Vertrag, der zum ersten Termin in der Praxis zwischen Patient bzw. Sorgeberechtigtem und Psychotherapeut geschlossen wird. Die Kosten für eine Psychotherapie können grundsätzlich von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen übernommen werden.