

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Päd. M.A. Verena Menken-Penker
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Reittherapeutin (IPTH)



Luitpoldstr. 2B
85276 Pfaffenhofen an der Ilm
Tel.: 0151-23546717
e-mail: mail@therapeutische-hilfen.de
www.therapeutische-hilfen.de

Patientenanmeldung

Patient

Name und Vorname des Kindes /Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sorgeberechtigte/r Mutter Vater Sonstige: _____

Sorgeberechtigte Mutter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigter Vater

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigte Sonstige

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse

Versicherungsart: gesetzlich privat Zusatzversichert/ Selbstzahler
Beihilfe

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Versichertennummer: _____

Kassennummer: _____

Hausarzt bzw. Kinderarzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Von wem wurden Sie überwiesen? _____

Wie sind Sie auf meine Praxis Aufmerksam geworden? _____

Pfaffenhofen, den _____

Unterschrift 1. Sorgeberechtigte/r bzw. volljährige/r Jugendliche/r

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte/r