

**Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

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



Therapeutische  
Hilfen

Luitpoldstr. 2B  
85276 Pfaffenhofen an der Ilm  
Tel.: 0151-23546717  
e-mail: [mail@therapeutische-hilfen.de](mailto:mail@therapeutische-hilfen.de)  
[www.therapeutische-hilfen.de](http://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