

Praxis Dr. Scherf & Kollegen

Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche (bitte leserlich ausfüllen)**Kind/Jugendliche(r):**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Email: _____

Krankenkasse: *gesetzlich* Name der Versicherung: _____*privat* Name der Versicherung: _____Wohnhaft bei Eltern Mutter Vater andere Sorgeberichtigte **Eltern / Sorgeberichtigte(r):**

Name: _____ Vorname: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Email: _____ Sorgeberechtigt: Ja Nein

Name: _____ Vorname: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Email: _____ Sorgeberechtigt: Ja / Nein **Welche Beschwerden/Probleme sind aufgetreten und seit wann bestehen sie? (bitte ggf. Rückseite benutzen)**

Wurde ein Haus-/Kinderarzt konsultiert und liegen ggf. Befunde vor? Ja / Nein **Bisherige Therapie oder stationäre Aufenthalte:** Ja bei/in _____

von – bis _____

Nein **Wir kommen auf Empfehlung von:** _____