



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

MVZ in Rastede und Wilhelmshaven – Dr. Awe und Partner

Neuaufnahmebogen

Therapeut:in: _____ Datum: _____

Patient:in: _____ geboren am: _____
(Name/ Vorname) (XX.XX.XXXX)

Adresse (Patient:in): _____
(Straße/ Hausnummer/ PLZ/ Ort)

Eltern/Sorgeberechtigte/r: _____
(Name/ Vorname gesetzlicher Vertreter *in)

Adresse (Eltern/Sorgeberechtigte/r): _____
(Straße/Hausnummer/PLZ/Ort)

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versichert bei: _____
(Name der Krankenkasse/ Adresse der Krankenkasse)

Versichert über: Mutter Vater Sonstige

Hauptversicherungsnehmer:in: _____ Geburtsdatum: _____
(Name/Vorname) (XX.XX.XXXX)

Haus- oder Kinderarzt/ Haus- oder Kinderärztin _____
(Name /ggf. Adresse)

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater Jugendamt _____
(weitere Personen/Institutionen)

Sind beide sorgeberechtigten Elternteile mit der ambulanten Behandlung einverstanden?

JA NEIN Auskunft durch: _____

Name des nicht anwesenden Sorgeberechtigten: _____

Adresse des nicht anwesenden Sorgeberechtigten: _____
(Straße/ Hausnummer/PLZ/Ort)

Telefon-Nr. des nicht anwesenden Sorgeberechtigten: _____

Jugendamt: NEIN JA _____
(Name Ansprechpartner*in/Adresse/ Telefonnummer)

Weitere Kontakte: _____
(Name Ansprechpartner*in/Adresse/ Telefonnummer)

Diagnose/n: _____