

Dr. med. Kristine Baßeler · Dr. med. Miriam Gottberg · und Kolleg*innen
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Berliner Straße 120, 14467 Potsdam · Telefon 0331-62 63 225 · Fax 0331-62 63 454
anmeldung@praxeninderremise.de

Terminanfrage

Datum _____

Name des Kindes/ des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Anmelder*in: _____ Sorgerecht: _____

Name Elternteil 1: _____ Name Elternteil 2: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Empfohlen von: _____

Kinderärzt*in/Hausärzt*in: _____

Klassenstufe: _____ Schule: _____

Grund der Anmeldung / Symptomatik:

Vorbehandlung / Vorbefunde / Voruntersuchungen:

Bitte beachten Sie: Aufgrund des hohen Anfragenaufkommens veranlassen wir einen einmaligen Kontaktversuch für unsere Rückmeldungen an Sie. Bei Rückfragen melden Sie sich gerne telefonisch oder per Email.