

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: _____

Besteht bereits eine Anbindung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einer
psychiatrischen Ambulanz? ☐ Ja ☐ Nein

Grund der Anmeldung / Symptomatik:

Vorbehandlung / Vorbefunde / Voruntersuchungen:

Bitte beachten Sie: Wir nehmen Sie automatisch auf unsere Warteliste auf und melden uns telefonisch, sobald wir einen freien Termin zum Erstgespräch anbieten können. Bei Rückfragen melden Sie sich gern telefonisch oder per Email.