

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 für Sozialpsychiatrische Praxis (keine Psychotherapie)

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 einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder einer psychiatrischen Ambulanz? ☐ Ja ☐ Nein

Grund der Anmeldung / Symptomatik:

Vorbehandlung / Vorbefunde / Voruntersuchungen:

Besteht bereits eine psychotherapeutische Begleitung? ☐ Ja ☐ Nein

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.