

		Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie Dr. med. Monika Grummt	1.1 Zugang zur ambulanten Versorgung
			Ziel 1
Aufnahmebogen EV			1.1.2 (1) Dokument 1

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Sorgerecht hat/haben:

Eltern Mutter Vater Jugendamt Betreuer
 Adoptiv-Eltern
 Pflege-Eltern

Name(n): _____

Geburtsdatum: _____

Adresse(n): _____

Telefon, ggf. Mobil: _____

E-Mail-Adresse(n): _____

Das Kind wohnt bei:

Eltern Mutter Vater Heimeinrichtung/Wohngruppe
 Adoptiveltern Stiefmutter Stiefvater
 Pflegeeltern Lebensgefährtin Lebensgefährte Andere _____

Name(n): _____

Adresse: _____
(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

Telefon privat: _____ Mobil (Eltern): _____

Telefon dienstl.: _____ Mobil (Patient): _____

E-Mail-Adresse(n): _____

Mein Kind besucht im Schuljahr 20__ / 20__

den Kindergarten: _____
(Name und Ort des Kindergartens)

die Schule: _____ Klasse: _____
(Name und Ort der Schule)

den Hort/ die Mittagsbetreuung/ die heilpädagogische Tagesstätte

Kinderarzt: _____ Hausarzt: _____

Coburg, den _____

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)