

| | | | |
|---|---|---|----------------------------|
|  |  | Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie Dr. med. Monika Grummt | 1.1.2 Anmeldung |
| | | | Ziel 1 |
| Aufnahmebogen | | | 1.1.2 (1) Aufnahmebogen EV |

Name des Kindes: _____ Geboren am: _____

| Mutter | Vater |
|------------------------|-------|
| Name _____ | _____ |
| Geburtsdatum _____ | _____ |
| Adresse _____ _____ | _____ |
| Telefon _____ | _____ |
| Mobil _____ | _____ |
| Mail _____ | _____ |

Das Kind wohnt bei

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

Name(n) _____

Adresse _____
(Straße, Hausnummer) (Postleitzahl, Wohnort)

Telefon
 Festnetz _____ Mobil _____

Mail _____

Patient Mobil _____ Mail _____

Sorgerecht hat/ haben

Eltern Mutter Vater Adoptiv-Eltern Pflege-Eltern
 Jugendamt _____ (Ort, Ansprechpartner) Betreuer _____

Mein Kind besucht im Schuljahr 20__ / 20__

den Kindergarten _____ (Name und Ort des Kindergartens)
 die Schule _____ (Name und Ort der Schule) Klasse _____
 den Hort/ die Mittagsbetreuung/ die heilpädagogische Tagesstätte _____

Kinderarzt: _____ Hausarzt: _____

Coburg, den _____ (Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten)