

## Erstkontakt Fragebogen unter 18 Jahren

### Angaben zum Kind

Nachname und Vorname Patient*in	Geburtsdatum
Anschrift Patient*in	Ggf. Email
Hausarzt / Kinderarzt: Name, Anschrift, Telefon	Schule / Kindergarten: Name, Anschrift, Ansprechpartner, Telefon

### Angaben zu den Eltern

Alle Sorgeberechtigten: Nachname, Vorname	Adresse/n der Sorgeberechtigten
Telefonnummer/n	Telefonnummer Notfälle
Email	

### Angaben zur Krankenversicherung

Versicherung	Geburtsdatum Hauptversicherter
Versicherungsnummer Hauptversicherter (Nummer auf Versichertenkarte)	

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per E-Mail an die genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind - insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte - sind mir bewusst. Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf für die Psychotherapeutische Sprechstunde, ggf. probatorische Sitzungen und ggf. beantragte Psychotherapie.

---

Datum, Unterschrift aller Sorgeberechtigten