



## Erstkontakt Fragebogen Volljährige

### Angaben Patient\*in

Nachname und Vorname Patient*in	Geburtsdatum
Anschrift Patient*in	
Emailadresse	Telefonnummer/n
Hausarzt: Name, Anschrift, Telefon	Ausbildung / Studium / Schule

### Angaben zu den Eltern

Nachname, Vorname	Adresse/n der Eltern
-------------------	----------------------

### Angaben zur Krankenversicherung

Versicherung	
Versicherungsnummer Hauptversicherter (Nummer auf Versichertenkarte)	Name und Geburtsdatum Hauptversicherter

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