



Dipl.-Psych. Katherine Teichert  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Verhaltenstherapie

## Aufnahmebogen

Liebe Familien,  
für die Aufnahme in der Praxis benötige ich einige Informationen zum Kind/  
Jugendlichen und zu den Eltern. Bitte füllen Sie die folgenden Angaben sorgfältig  
aus. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt !

### 1. Angaben zum Patienten

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### Wie können wir Sie kontaktieren ?

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. dienstl. \_\_\_\_\_

Tel. mobil (Mutter und/oder Vater) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. mobil (Jugendlicher) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E- Mail (Mutter und/ oder Vater) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E- Mail (Jugendlicher) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kann / darf eine Nachricht auf Anrufbeantworter oder Mailbox hinterlassen werden ?

ja       nein \_\_\_\_\_

**Welche Schule besucht das Kind / Jugendlicher derzeit ?**

---

Schulart

Klassenstufe

**2. Angaben zu den Eltern:**

**Mutter :** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Titel / Namenszusatz: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend) : \_\_\_\_\_

---

**Vater :** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Titel / Namenszusatz: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend) : \_\_\_\_\_

---

**Familienstand der Eltern:**

verheiratet       zusammen lebend       getrennt lebend

geschieden       verwitwet

**Bei wem liegt das Sorgerecht ?**

Eltern       Mutter alleine       Vater alleine       Vormund

**Bei wem lebt das Kind/ Jugendlicher überwiegend ?**

Eltern       Mutter       Vater       andere: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankenversicherung des Kindes /des Jugendlichen:**

---

---