

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Katrin Scholta

Psychologin ▪ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Beethovenstr 8 ▪ 50674 Köln

Aufnahmebogen	
Datum des Erstgesprächs	
Vorname/ Name Patient/In	
Geburtsdatum	
Vorstellungsanlaß	
Geschwister	
Kind lebt bei: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Mutter + Stiefvater ☐ Vater + Stiefmutter ☐ Pflegeeltern ☐ Adoptiveltern Sorgerecht:	
Straße	PLZ, Wohnort
Tel	Handy
Email	
Hat bisher ein Erstgespräch/ eine testpsychologische Untersuchung/ eine ambulante Therapie stattgefunden? ☐ ja ☐ nein	
Wann	Wo
Überwiesen/ empfohlen durch/ aufmerksam geworden durch	
☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert	
Krankenkasse/ Versicherung	Versichertennummer
Status:	☐ selbstversichert ☐ mitversichert

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Katrin Scholta

Psychologin ▪ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Beethovenstr 8 ▪ 50674 Köln

Hauptversichertendaten/ Elternteil über den Versicherung läuft	
Vorname/ Name	
Geburtsdatum	
Hauptversichertennummer	
Straße	PLZ, Wohnort
Tel	Handy
Email	
Berufe der Eltern	
Geburtsdatum des anderen Elternteils	
Schuldaten	
Name der Schule	Klasse
Ggf. Ansprechpartner/Ansprechpartnerin (Klassenlehrer/Klassenlehrerin)	
Ggf. Anschrift und Telefon Schule/ Lehrer*in	
Sonstiges:	