



Erstaufnahmebogen für KlientIn

Name Klient/In

(ggf. Geburtsname)

Vorname(n)

weiblich männlich divers: _____

Geburtsdatum

Straße _____

PLZ + Ort _____

Nein Ja Dürfen Briefe den Absender der Praxis tragen?

Telefon privat: _____ / _____

Mobil:

am besten erreichbar:

am besten erreichbar:

Nein Ja Dürfen wir uns mit Praxis melden?

Nein Ja Dürfen wir eine Nachricht auf AB hinterlassen?

Nein Ja Dürfen wir eine Nachricht auf Mailbox hinterlassen?

Aktuelle Beschwerden:

Überweisung durch _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat

Krankenkasse (Name) inkl. Sitz:

Telefonnummer der Krankenkasse, sofern bekannt:

Rechnungsempfänger:



Arbeitspsychologische Praxis
Gesundheit kann man lernen

Vorerkrankungen:

Nein Ja, welche _____

Derzeit in Behandlung bei _____

(bitte Namen, Fachrichtung und Adresse des Arztes/der Ärztin, der Therapeutin/ des Therapeuten angeben)

Hausarzt/ärztin (Name und Anschrift) _____

Besonderheiten/Allergien:

Kontaktdaten von auskunftsberchtigten Angehörigen/ gesetzlichen Betreuer:

Sorgeberechtigte bei Minderjährigen:

Notfallkontakt:

Datum _____ Unterschrift Patient/ Patientin _____