



Praxis NINA PALECZEK
Donaustr. 9

93309 Kelheim

Anmeldebogen

Patient:

.....

Patientendaten

Geburtsdatum	
Krankenversicherung privat/gesetzlich	

Eltern

Name		
Geburtsdatum		
Sorgerecht		

Kontakt

Telefonnummer		
E-Mail		

Der E-Mail Austausch erfolgt unverschlüsselt. Diese Kommunikation ist nicht sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Ich stimme einer Kontaktaufnahme/ Kommunikation über Mail zu.

Vorstellungsgrund

.....
.....
.....
.....
.....
.....



Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamen Sorgerecht

Ich, _____
Vor- und Nachname

- sorgeberechtigte Kindsmutter
 sorgeberechtigter Kindsvater
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wohnhaft in:

- stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung
 stimme einer Psychotherapie für meinen Sohn / meine Tochter

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

in der Psychotherapeutischen Praxis von Frau Nina Paleczek ausdrücklich zu.

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

¹ Ihre schriftliche Bestätigung ist nach § 73 Abs. 1 b des Sozialgesetzbuch V notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.