



Nachname / /	Vorname
Geburtsdatum	Nationalität
Adresse	
Telefonnummer	Handynummer
Email	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> selbst
Krankenkasse	versichert über
Versicherungsnummer	/ /
Name der Mutter	Geburtsdatum Mutter Nationalität
gelernter Beruf	momentan ausgeführte Tätigkeit / /
Name des Vaters	Geburtsdatum Vater Nationalität
gelernter Beruf	momentan ausgeführte Tätigkeit
Adresse <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter > falls Abweichend von er oben angegebenen / /	
Geschwister	Geburtsdatum / /



name Stiefvater / Stiefmutter

andere wichtige Bezugspersonen

gemeinsam Mutter Vater

Sorgerecht

Kinderarzt / Hausarzt

ggf. Ansprechpartner beim Jugendamt

Empfehlung zur Psychotherapie durch

Schule des Kindes/Jugendlichen

Name des Klassenlehrers/in

Kindergarten

Name der Erzieherin

andere Behandlungsstellen