

# Aufnahmebogen für die Behandlung in der Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Miriam Bertuzzo

## Persönliche Angaben

Vorname des Patienten:
Nachname des Patienten:
Geburtsdatum des Patienten:
Straße, Hausnummer:
PLZ:
Ort:
Telefonnummern (privat, mobil, dienstl.):
Mailadresse:
Vorname und Nachname der Sorgeberechtigten:
Kinder- oder Hausarzt:

## Medizinische Daten des Patienten

Allergien/Unverträglichkeiten:
Regelmäßige Medikamenteneinnahme:
Chronische Erkrankungen:

## Versicherungsstatus des Patienten

Name der Versicherung:
Bei privater Versicherung bitte Versicherungsnehmer und Rechnungsanschrift ergänzen:

<b>Patienteninformation:</b> Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, so bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung (24 Stunden vorher). Ansonsten behalten wir uns vor, diesen Termin mit 60,00 €/Std. in Rechnung zu stellen.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------