

# 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><br>Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, so bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung (24 Stunden vorher). Ansonsten behalten wir uns vor, diesen Termin mit 80,00 €/Std. in Rechnung zu stellen. |
|---|