

Neuanmeldung



Dr. med. **Sölva Kahl**

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

1 | Anmeldung am:

Name/Vorname des Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen:

Name des Anmelders:

2 | In welchem Verhältnis steht Anmelder zu dem Kind/Jugendlichen?

(Mutter, Vater, Vormund, Bezugsbetreuer, sonstige (bitte genau bezeichnen):

Anmelder ist sorgeberechtigt? Ja Nein

Falls »nein«: Name des/eines Sorgeberechtigten:

(Wir weisen darauf hin, dass eine Anmeldung – ggf. zusätzlich! – von einem/einer Sorgeberechtigten bzw. Gesundheitsfürsorgeberechtigten Person erfolgen muss)

alleiniges Sorgerecht

beide Elternteile sorgeberechtigt

Name/Vorname Mutter:

Name/Vorname Vater:

Wenn nicht Eltern des Kindes, bitte hier Vormundsdaten eintragen:

3 | Kontaktdaten

Adresse Mutter:

Adresse Vater:

Adresse Sorgeberechtigter:

Adresse Sonstige (Einrichtung usw.):

Rückrufnummer:

E-Mail:

4 | Vorstellungsgrund (ggf. Beiblatt ausfüllen, wenn der Platz nicht ausreicht):

Wenn Sie nicht damit einverstanden sind,
Ihre Daten per Mail zu senden, schicken Sie diese
bitte per Fax, Post oder Einwurf Briefkasten.

Dr. med. Sölva Kahl
Hielscherstr. 33 13158 Berlin

Telefon 030 - 49 85 65 33
Telefax 030 - 49 85 65 34