



Dr. med. Jan Nedoschill

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Haydnstr. 27
91074 Herzogenaurach

Tel 0 91 32 - 74 72 78 0
Fax 0 91 32 - 74 72 78 78

www.nedoschill.de
praxis@nedoschill.de

Fragebogen zur Erstanmeldung

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, nachdem Sie einen Termin bei uns vereinbart haben.

Name des Kindes: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Geschlecht des Kindes: ☐ männlich / ☐ weiblich / ☐ divers

Ihr Name: _____ Vorname: _____

Ihre Beziehung zum Kind: ☐ Mutter / ☐ Vater / ☐ Adoptiv- / ☐ Pflege- / ☐ Stief- / ☐ Jugendhilfeeinrichtung

Anschrift des Kindes (Str., PLZ, Ort): _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Derzeit besuchte Schule und Klasse: _____

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns anmelden?

Waren Sie mir Ihrem Kind wegen dieser Problematik schon bei einer anderen Stelle?

☐ Nirgends / ☐ Psychotherapie-Praxis / ☐ Andere Facharzt-Praxis / ☐ Klinik / ☐ SPZ / ☐ Jugendamt

☐ Schulpsychologin / ☐ Beratungsstelle / ☐ Andere

Ihre Kontaktdaten:

Email-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten