



Praxis für seelische
Gesundheit im Kindes-
und Jugendalter

Dr. med. Christian Kiefer

Facharzt für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
-psychotherapie

Anmeldebogen zur Erstvorstellung

Patientenname* : _____

Telefonnummer* : _____

Handynummer* : _____

Handynr. des/der Patienten*in (wenn über 14 Jahre)* : _____

E-Mail-Adresse* : _____

Krankenkasse* : _____

Kinderarzt/Hausarzt* : _____

Schule/Kita : _____

Vorstellungsanlass (kurz beschrieben) : _____

*Angaben zwingend erforderlich

Wenn beide Eltern sorgeberechtigt, aber getrennt lebend sind, wird eine Vollmacht benötigt. Es gibt einen Vordruck diesbezüglich auf unserer Internetseite.

Bei alleinigem Sorgerecht benötigen wir einen entsprechenden Negativbescheid

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte Person

Dr. med. Christian Kiefer
Lepperhammer 19
51766 Engelskirchen

Telefon: 0 22 63 / 92 90 20
Fax: 0 22 63 / 92 90 210

**Deutsche Apotheker- und
Ärztebank**
Kto: 000 784 984 2
BLZ: 300 606 01