

Patientenbasisdaten

	Patient	Erziehungsberechtigte
Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau () _____	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau () _____
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Anschrift:	_____ _____	_____ _____
Geburtsdatum:	_____	_____
Telefon:	privat: _____	Mutter privat: _____ Vater privat: _____ dienstlich: _____
E-Mail:	_____	_____
Beziehungsstatus:	<input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> Beziehung	<input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Wohnungssituation:	<input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> soziale Einrichtung <input type="checkbox"/> sonstiges	
Schulsituation:	<input type="checkbox"/> Grund-, Gemeinschafts-, Realschule, Gymnasium <input type="checkbox"/> Ausbildung, Weiterbildung <input type="checkbox"/> _____	
Vorerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauferkrankungen <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1/2 <input type="checkbox"/> Rheuma/Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Vordiagnosen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Wenn Ja, welche: _____

Weitere Personen im Haushalt:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

Details zum Patienten/ zur Patientin:

Größe und Gewicht _____ cm _____ kg

Raucher Ja Nein

Risikobehaftete Sportarten oder Hobbys _____

Stationäre Behandlungen Ja Nein

Regelmäßige Einnahme von Ja Nein
Medikamenten (welche?) _____

Krankenversicherung

GKV – Gesetzliche Krankenversicherung:

PKV – Private Krankenversicherung:

Für privat Krankenversicherte: Falls Ihnen bekannt, bitte teilen Sie uns mit, ob eine vorherige Genehmigung der Behandlung erforderlich ist (z.B. bei Psychotherapie)!

Beihilfe- (Beihilfeträger Angeben):

Patient/in _____

Erziehungsberechtigte _____

Unterschrift (Patient/in): _____

Unterschrift (EB): _____