

Name/Vorname des Kindes: _____ Geb.-Dat.: _____
Wohnort: _____ Straße: _____
Krankenkasse/Kostenträger: _____ Vers.nr.: _____ Versicherter: _____
bevorzugte Terminzeiten: _____

Name/Vorname der Mutter: _____ Geb.-Dat.: _____
Wohnort: _____ Straße: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____ E-Mail: _____
Name/Vorname des Vaters: _____ Geb.-Dat.: _____
Wohnort: _____ Straße: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____ E-Mail: _____

Krippe **Kindergarten** **Schule** **Hort/Nachmittagsbetreuung**
Name der Einrichtung: _____ Schweigepflichtenbindung liegt vor: Ja Nein
Ansprechpartner: _____ Tel.: _____
Weitere Bezugspersonen: _____ Bezug: _____ Tel.: _____

Arzt: _____ Fachrichtung: _____ Tel.: _____

Verordnungen:		
Datum: _____	Diagnose: _____	Heilmittel: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Befund: _____ Datum: _____ HDZ des Therapeuten: _____

Vorhandene weitere Befunde vom: _____ abgelegt in/unter: _____
Aufklärung über therapeut. Maßnahmen (gem. § 630e BGB) erfolgt am: _____ durch: _____
Einwilligungen/Arztbriefe, etc. (gem. § 630f BGB) sind abgelegt unter: _____

Therapieziele:

Bemerkungen:

Therapieberichte:
Erstbericht: _____ Datum: _____ Therapeut: _____
Zwischenbericht: _____ Datum: _____ Therapeut: _____
Abschlussbericht: _____ Datum: _____ Therapeut: _____

ID-Nr: 01402VER003/04/13/bbb