



Privatpraxis  
Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie (TP)  
M.A. Natalie Baltes  
Casinostraße 45, 56068 Koblenz

## Patientenbogen

### Angaben zum/zur Patient\*in

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse:

---

Versicherung:

---

versichert über Kindsmutter/-vater/Sonstige:

---

zur Zeit in Kindergarten/Schule/Ausbildung:

---

Schulform und Klasse:

---

Erreichbarkeit (Handynr., E-Mail, falls vorhanden):

---

Kinderarzt/Kinderärztin:

---

Patient\*in lebt bei:    ☐ beiden Elternteilen    ☐ Kindsmutter ☐ Kindsvater  
                                 ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_ (bitte angeben)

Sorgerecht liegt bei:    ☐ beiden Elternteilen    ☐ Kindsmutter ☐ Kindsvater  
                                 ☐ sonstige: \_\_\_\_\_ (bitte angeben)

**Angaben zu den Eltern:**

Name der Kindsmutter/Ersatzmutter:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse (falls abweichend):

---

Telefonnummer:

---

erlernter Beruf:

---

aktuell tätig als:

---

Name des Kindsvaters/Ersatzvaters:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse (falls abweichend):

---

Telefonnummer:

---

erlernter Beruf:

---

aktuell tätig als:

---

**Angaben zu Geschwistern:**

Name:                      Geburtsdatum: Kindergarten/Schule/Ausbildung:

---

---

---

---

---

Bitte geben Sie hier an, wie die Kontaktaufnahme bevorzugt stattfinden soll, für z.B. Terminabsprachen o.ä.:

---