PRAXIS ASKLEPIION
SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

Stammdaten

Angaben zum Patienten

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……..

Adresse/ Postleitzahl: ……

……

Mobil: ……..

E-Mail: ……

Geburtsort: ……

Staatsangehörigkeit: ……

Klasse Schulart/ Beruf: ……..

Förderstatus/ I-Status / Nachteilsausgleich?: ……

Krankenkasse: ……..

Hobbys: ……

Name, Vorname des Hauptversicherten: ……

Geburtsdatum des Hauptversicherten: ……

Sorgerecht liegt bei:	☐ Kindeseltern	☐ Kindesmutter	☐ Kindesvater	☐ Vormund
Bei wem lebt das Kind?	☐ Kindeseltern	☐ Kindesmutter	☐ Kindesvater	☐ Einrichtung
Kindeseltern sind:	☐ verheiratet	☐ Partnerschaft	☐ getrennt	☐ geschieden

Angaben zur Kindesmutter

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……..

Adresse/ Postleitzahl: ……
(wenn von der Adresse des Kindes abweichend)

Mobil: ……..…

E-Mail: ……

Beruf: ……

Familienstand:

☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ ledig ☐ Partnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet

---

Angaben zum Kindesvater

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……..

Adresse/ Postleitzahl: ……
(wen von der Adresse des Kindes abweichend)

Mobil: ……..

E-Mail: …….

Beruf: ……..

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ ledig ☐ Partnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet

---

Angaben zu Geschwistern

Name, Vorname: ……

Gebutsdatum**:** ……..

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Art: ☐ leiblich ☐ Halb ☐ Stiefgeschwister ☐ Pflegekinder

Name, Vorname: ……

Gebutsdatum**:** ……..

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Art: ☐ leiblich ☐ Halb ☐ Stiefgeschwister ☐ Pflegekinder

Sollte der Patient nicht zu Hause wohnen

Name und Adresse der Einrichtung: ……

……

Tel. Einrichtung: ……..

E-Mail: ……..

Fax: ……

Name und Tel. BetreuerIn: ……

Datum: _____

_____ _____
Unterschrift Kindesmutter: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Kindesvater: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Patient ab Volljährigkeit: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift des Vormundes: Name in Druckbuchstaben:

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion