



Anmeldung zur Warteliste

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich
 männlich
 divers
 keine Angabe

Adresse: _____

Name der Sorgeberechtigten (Eltern/Betreuer): _____

Telefonnummer (für Rückfragen): _____

E-Mail-Adresse: _____

Kostenträger (bitte ankreuzen): gesetzlich
 privat
 Beihilfe + Zusatz
 Selbstzahler

Leben die Eltern des Kindes getrennt? ja
 nein

Falls ja, besteht gemeinsames Sorgerecht? ja
 nein

Praxis am Wald

Hr. M.Sc.-Psych. Michael Schubert
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)
Am Wald 7
66787 Wadgassen



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE19 3006 0601 0028 5260 61
BIC: DAAEDEDXXX

Grund der Anmeldung (kurze Beschreibung der Problematik):

Wurde das Kind/die Jugendliche bereits woanders psychotherapeutisch behandelt?

- ja
 nein

Wenn ja, wo und wann: _____

Besteht ein Verdacht auf Diagnosen? (z. B. ADHS, Depression, etc.):

Einwilligung zur Aufnahme auf die Warteliste

Ich erkläre hiermit, dass ich die Praxis am Wald um Aufnahme auf die Warteliste bitte. Ich bin mir bewusst, dass die Bearbeitung der Anfrage Zeit in Anspruch nehmen kann.

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Datum:

Praxis am Wald

Hr. M.Sc.-Psych. Michael Schubert
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)
Am Wald 7
66787 Wadgassen



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE19 3006 0601 0028 5260 61
BIC: DAAEDEDXXX