Andrea Fleßner-Polychronidis
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Schwemannstr. 2
30559 Hannover
Tel.: 0511559497
Fax: 0511559491
kontakt@praxisflessner.de
www.praxisflessner.de

# Anfrage für einen Ersttermin

## 1. Angaben zum Kind

| |
|---|
| Name, Vorname des Kindes: |
| Geburtsdatum des Kindes: |
| Schule/ Klasse: |

## 2. Angaben zu den Sorgeberechtigen

| |
|---|
| 1. Sorgeberechtigte/r (Name, Vorname): |
| Telefonnummer: |
| E-Mail-Adresse: |

| |
|---|
| 2. Sorgeberechtigte/r (Name, Vorname): |
| Telefonnummer: |
| E-Mail-Adresse: |

## 3. Anliegen

Bitte beschreiben Sie **kurz** den Hintergrund Ihrer Anfrage

| |
|---|
| |
| |
| |

## 4. Mögliche Vorbehandlungen & Befunde

Fanden bezüglich dieses Anliegen bereits Vorbehandlungen, Förderungen oder Therapien statt?

( ) **Nein**

( ) **Ja, welche:**

…….

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Bitte senden Sie das Formular an uns zurück.