

Mag. FH Martina Striok-Wartha
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision
Beraterin nach § 107 AußStrG
Beraterin nach § 95 AußStrG
Joseph Haydn-Gasse 2/5, 7000 Eisenstadt
T: +43 681 10 47 54 80
M: praxis@msw-therapie.at
W: www.msw-therapie.at

Anmeldung für die Psychodrama-Psychotherapiegruppe

Angaben zum Kind

Familienname: _____Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____

Aktuelle Medikation: O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Laufende kinder- und jugendpsychiatrische (kinderfachärztliche) Behandlung: O ja O nein

Name der Fachärztin/des Facharztes: _____

Allergien: _____

Frühere Erkrankungen/ Operationen: _____

_____

Name des/der Obsorgeberechtigten

Familienname: _____Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____

Tel.Nr./ E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____

Weitere wichtige Kontaktpersonen:_____

_____



Mag. FH Martina Striok-Wartha
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision
Beraterin nach § 107 AußStrG
Beraterin nach § 95 AußStrG
Joseph Haydn-Gasse 2/5, 7000 Eisenstadt
T: +43 681 10 47 54 80
M: praxis@msw-therapie.at
W: www.msw-therapie.at

Für Kinder, die in einer Fremdunterbringung leben, bitte ausfüllen

Leitung der Einrichtung: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Anschrift: _____

_____

Obsorge: _____

Bezugsbetreuer/in: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

==========

Bitte für alle Kinder ausfüllen:

Aktuelle Problematik des Kindes (bitte in Stichworten beschreiben)

Ziele für die Psychotherapie: _____

_____

_____

ICD-10 Diagnosen laut Befund: _____



Mag. FH Martina Striok-Wartha
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision
Beraterin nach § 107 AußStrG
Beraterin nach § 95 AußStrG
Joseph Haydn-Gasse 2/5, 7000 Eisenstadt
T: +43 681 10 47 54 80
M: praxis@msw-therapie.at
W: www.msw-therapie.at

Ich melde mein/das Kind für die Psychodrama-Psychotherapiegruppe verbindlich an. Diese findet 14tägig für 90 min. statt (ausgenommen Feiertage und Ferien – siehe Terminliste).

Die Kosten betragen pro Termin (90 min) € 50,00. Eine Kostenrückerstattung/Teilrefundierung durch die Krankenkasse ist nicht möglich.

_____

Datum Unterschrift