



Dr. med. Sabine **Nobbe**
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

1

Persönliche Daten / Stammblatt

Name des **Kindes** _____ Vorname _____

geb. am _____

Adresse _____

ab 16 Jahre Telefon Mobil _____ Mail _____

Name der **Mutter** _____

Straße / Hausnummer _____ / _____

PLZ / Ort _____ / _____

Telefon _____ Mobil _____

Mail _____

Name des **Vaters** _____

Straße / Hausnummer _____ / _____

PLZ / Ort _____ / _____

Telefon _____ Mobil _____

Mail _____

Sorgeberechtigt

Eltern gemeinsam Mutter alleine Vater alleine

andere, Name _____

Adresse _____

Krankenkasse _____

versichert über Mutter alleine Vater alleine

andere, Name _____

Kinderarzt / Hausarzt _____