



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

1

## Persönliche Daten / Stammblatt

Name des **Kindes** \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Name der **Mutter** \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Name des **Vaters** \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

### Sorgeberechtigt

Eltern gemeinsam  Mutter alleine  Vater alleine

andere, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_

versichert über  Mutter alleine  Vater alleine

andere, Name \_\_\_\_\_

**Kinderarzt / Hausarzt** \_\_\_\_\_