

Anmeldeformular ADHS-Elterngruppe

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular bis **31.03.2024** an:
Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche, Am Wissenschaftspark 25+27, 54296 Trier
oder per Mail an: **kiju-gruppe@uni-trier.de**

Bitte beachten Sie, dass eine Teilnahme nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen möglich ist. Aufgrund der begrenzten Anzahl an Plätzen empfehlen wir eine möglichst frühzeitige Anmeldung.

Nach Eingang des Anmeldeformulars werden wir Sie kontaktieren, um einen Termin für ein Erstgespräch zu vereinbaren. Während des Erstgesprächs nehmen wir uns Zeit, Ihre Fragen zum Training und zum Ablauf zu beantworten. Im Anschluss an das Erstgespräch können wir Ihnen eine verbindliche Zusage für eine Teilnahme am Elterntraining geben.

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____.____._____

Geschlecht des Kindes: männlich weiblich divers

Adresse des Kindes: _____

Das Kind ist versichert bei: _____ (Name der Krankenkasse)

Namen der Eltern / Sorgeberechtigten: Person 1: _____

Person 2: _____

Kind ist wohnhaft bei: beiden Eltern Mutter Vater _____

Sorgerecht liegt bei: beiden Eltern Mutter Vater _____

Beziehungsstatus der Eltern: zusammenlebend getrennt lebend

Kontakt über: _____ Telefon: _____

Email: _____

Wurde bei Ihrem Kind eine ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) diagnostiziert?

ja Durch wen? _____ Wann? _____

Am Wissenschaftspark 25-27
54296 Trier

Telefon (0651) 201-3655 (Skr.)
Telefax (0651) 201-4352

