



Praxis Simon Müller M.A., M.Sc.
Psychotherapie (HPG) – Lerntherapie – Neurofeedback

Aufnahmebogen

Erstkontakt: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Vorstellungsgrund: _____

Verordnender/ behandelnder Arzt: _____

Schule, Lehrer/in, Klasse: _____

Geschwister: _____

Erkrankungen/ Diagnosen:

Aktuelle/ bisherige Therapien:

Bemerkungen (Allergien, Medikamente, etc.): _____