



## A KLIENS / GYERMEK ADATAI

Teljes név:

Születési idő és hely: (számmal)

ÉV

HÓNAP

NAP

Telefonszám :

HELY

Édesanyja leánykori neve :

Email cím :

TAJ szám :

Lakcím / tartózkodási hely :

Iskolája neve, osztálya :

Gondviselő neve :

Gondviselő telefonszáma :

Gondviselő email címe :

## A JELENTKEZÉS INDOKA

Kérjük, néhány mondatban írja le, milyen problémák miatt jelentkezik:



## A JELENTKEZÉS ELŐZMÉNYEI

Járt/Jártak-e (gyermek)pszichiáternél ezzel a problémával?

IGEN

NEM

X-EL JELEZZE!

Ha igen, kinél?

Járt/Jártak-e korábban máshol - nem (gyermek)pszichiáternél - ezzel a problémával?

IGEN

NEM

X-EL JELEZZE!

Ha igen, hol?

## HOGYAN JUTOTTAK EL HOZZÁNK?

Kérjük, írja le, hogy ki javasolta a vizsgálatra való jelentkezést, vagy honnan szereztek tudomást intézményünkről:

## MEGJEGYZÉSEK

Ha van bármilyen megjegyzése, speciális kérése a vizsgálattal kapcsolatban, kérjük, írja le:

**!** Kérjük hogy ne felejtse el válaszleveléhez csatolni a korábbi vizsgálatok, kezeléseik dokumentációit!

Kérjük a kitöltött adatlapot a [bejelentkezes@elmenyklinika.hu](mailto:bejelentkezes@elmenyklinika.hu) email-címre küldje vissza!

KÖSZÖNJÜK A KITÖLTÉST!