

Tilmelding til Cool Kids kursus på Hejmdal Privathospital

Barnets navn: _____

Barnets CPR-nummer: _____

Adresse: _____

Postnr. / by: _____

Telefonnummer (pårørende): _____

E-mailadresse (pårørende): _____

Pårørende navn/relation: _____

Baggrundsinformation

Kort beskrivelse af barnets vanskeligheder: _____

Hvor længe har problematikkerne stået på? _____

Evt. tidligere behandling: _____

Andre diagnoser og/eller relevant medicinering: _____
