



**Gemeinschaftspraxis**  
Dr. med. Ronald Bastian · Dr. med. univ. Alexandra Drath  
Dr. med. Lutz Hempel · Dr. med. Rudolf Obenaus  
Dr. med. Karen Zimmerer  
**Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**

## Therapieziele - Vereinbarung

**Patientin/Patient:**

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

von den Eltern/ Erziehungsberechtigten auszufüllen:

**Was hat sich seit dem letzten Termin verändert?**

Bitte benennen Sie 1 bis 3 konkrete Fortschritte:

- 
- 
- 

**Gibt es neue Probleme? Falls ja - welche?**

- 

**Was soll sich in den nächsten 3 Monaten verbessern?**

Bitte benennen Sie 1 bis 3 konkrete Ziele:

- 
- 
- 

=====

*von der Ärztin / dem Arzt auszufüllen:  
vereinbarte Therapieziele:*

-

-

Datum:

Unterschrift Eltern:

Unterschrift Ärztin/Arzt: