

Aufnahmebogen

Bitte fülle / füllen Sie den Fragebogen aus und bringe / bringen Sie ihn zum nächsten Termin ausgefüllt mit.

Die abgefragten Daten sind ein Teil der Anamnese und sind zwingend erforderlich für die weitere vertiefte, zielgerichtete Anamneseerhebung und Diagnostik.

Alle Angaben werden absolut vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

1. Daten des/der Sorgeberechtigten:

1.1 leibliche Mutter Pflegemutter Adoptivmutter _____

| | |
|--|----------------|
| Vorname: | Nachname: |
| Geburtsdatum: | Familienstand: |
| Email: | Straße/Hsnr.: |
| PLZ: | Ort: |
| Festnetztelefon: | Handy: |
| Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, aber die <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge bzw. <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht | |

1.2 leiblicher Vater Pflegevater Adoptivvater _____

| | |
|--|-----------------|
| Vorname: | Nachname: |
| Geburtsdatum: | Familienstand.: |
| <small>(Adressfelder sind nur auszufüllen, wenn von 1.1 abweichend)</small> | |
| Email: | Straße/Hsnr.: |
| PLZ: | Ort: |
| Festnetztelefon: | Handy: |
| Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, aber die <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge bzw. <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht | |

2. Daten des/der Patienten/in:

| | |
|--|--|
| Vorname: | Nachname: |
| Geburtsdatum: | Konfession: <input type="checkbox"/> ohne Konf. <input type="checkbox"/> röm/kath <input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> _____ |
| (Adressfelder sind nur auszufüllen, wenn von 1.1 abweichend) | |
| Straße: | Hausnummer: |
| PLZ: | Ort: |
| Handy: | Email: |
| Schule: <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> FörderS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> WS <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> BOS <input type="checkbox"/> Berufsschule | |
| Klasse: | Welche Klasse(n) wiederholt? |
| Lehrberuf/-jahr: | Lehrbetrieb: |
| Studium/Semester: | (Fach-)Hochschule: |
| Geschwisterposition: __ von __ Geschwistern. | Alter der Geschwister: Sr. __. __ Br. __ __ |
| Das Kind/ der Jgdl. verfügt über: <input type="checkbox"/> PC/Tablet/Laptop <input type="checkbox"/> Internet/WLAN <input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> Fernseher/ <input type="checkbox"/> Spielkonsole, Nintendo, Wi, X-Box | Der tgl. Medienkonsum beträgt im Durchschnitt? <input type="checkbox"/> < 1 Std. <input type="checkbox"/> < 2 Std. <input type="checkbox"/> < 3 Std. <input type="checkbox"/> < 4 Std. <input type="checkbox"/> < 5 Std (PC/Internet/Handy/Fernsehen/Spielekonsole/... zusammen) |
| Der Medienkonsum ist reguliert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form einer <input type="checkbox"/> Zeitlimitierung <input type="checkbox"/> Altersfreigabeeinstellungen Dies erfolgt konsequent? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form <input type="checkbox"/> verbindlicher Absprachen <input type="checkbox"/> spezielle Software/Technikkontrolle | |
| Das Kind hat ein eigenes Zimmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, teilt es mit: | |
| Unsere Familie lebt im/ in einer <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> im Heim/Wohngruppe <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> _____ | |
| In der Wohnung der Familie leben zusammen <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister Anzahl: ____ Im Haus leben in <input type="checkbox"/> getrennten <input type="checkbox"/> ungetrennten Wohneinheiten mit: GroßMu <input type="checkbox"/> (ms) <input type="checkbox"/> (vs) <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig <input type="checkbox"/> pflegebedürftig, gepflegt von: _____ GroßVa <input type="checkbox"/> (ms) <input type="checkbox"/> (vs) <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig <input type="checkbox"/> pflegebedürftig, gepflegt von: _____ Außerdem leben regelmäßig in der Wohnung/Haus _____ | |

3. Krankenkassendaten:

| |
|--|
| Krankenkasse/Beihilfe: |
| Adresse Geschäftsstelle: |
| Versichertenstatus: <input type="checkbox"/> mitversichert mit Vater <input type="checkbox"/> bzw. Mutter <input type="checkbox"/> eigenständiges Mitglied |

4. Arzt bzw. Facharzt- Medikamenteneinnahmedaten:

| | | |
|---|--|--|
| Vor- u. Nachname des Hausarztes: | | |
| Anschrift des Hausarztes: | | |
| Vor- u. Nachname des Facharztes: | | |
| Anschrift des Facharztes: | | |
| Aktuelle Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, bitte Name und Dosis angeben) | Medikament: Dosis: morgens mittags abends | |
| Medikament: Dosis: morgens mittags abends | Medikament: Dosis: morgens mittags abends | |
| Medikament: Dosis: morgens mittags abends | Medikament: Dosis: morgens mittags abends | |

5. Wer oder was gab den Anstoß, einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufzusuchen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elterliche Überlegung | <input type="checkbox"/> eigene Überlegung der/des Patientin/en |
| <input type="checkbox"/> die/der behandelnde Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Anraten Kindergarten/Schule/Heim/Hort |
| <input type="checkbox"/> Anraten von Bekannten/Verwandten | <input type="checkbox"/> _____ |

6. Worüber machst Du /machen Sie sich gerade die meisten Sorgen, bzw. was ist der konkrete Grund für die Kontaktaufnahme zu meiner Praxis?

7. Was läuft gerade richtig gut? Worüber freust Du dich in Bezug auf Deine Person am meisten? / Worüber freuen Sie sich in Bezug auf ihr Kind derzeit am meisten?

8. Wie groß ist Deine/Ihre Hoffnung auf die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Hilfe?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sehr groß | <input type="checkbox"/> groß |
| <input type="checkbox"/> mäßig, aber deutlich | <input type="checkbox"/> gering |
| <input type="checkbox"/> sehr gering | <input type="checkbox"/> keine Einschätzung möglich |

9. Erklärungen:

Ich/Wir habe/n die folgenden Dokumente, die mir/uns nach dem Erstgespräch ausgehändigt wurde/n, gelesen, verstanden und stimme/n diesen Regelungen vollumfänglich zu:

- Behandlungsvertrag , inkl. der Ausfallhonorarvereinbarung**
- Information zur Kontaktaufnahme**
- Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung**
- Datenschutzerklärung**
- Einzelvertretungsvollmacht für gemeinsam sorgeberechtigte Eltern**
- Schweigepflichtsentbindung**

| Datum, Unterschrift Patient sofern älter als 14 Jahre | Datum, Unterschrift Mutter falls sorgeberechtigt / Gesundheitsfürsorge | Datum, Unterschrift Vater falls sorgeberechtigt/Gesundheitsfürsorge |
|--|---|--|
| | | |

Vielen Dank für Dein/ Ihr entgegengebrachtes Vertrauen und auf gute Zusammenarbeit!

Merle Leopold
Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin