

Anmeldebogen für ein Vorgespräch Eltern/ Kind bis 15 Jahre

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Anmeldebogen haben Sie die Möglichkeit, sich bei uns für ein Vorgespräch im Rahmen der sog. psychotherapeutischen Sprechstunde anzumelden.

Der vorliegende Bogen enthält Fragen zu Ihrer Person, Ihren Beschwerden und Ihren Therapiewünschen. Ihre Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir für Sie die richtige Anlaufstelle sind und um ein mögliches erstes Gespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorzubereiten. Wir möchten Sie bitten, jede Frage zu beantworten, damit wir ein ganzheitliches Bild von Ihnen erhalten können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der psychotherapeutischen Schweigepflicht. (siehe Information zum Datenschutz)

Angaben zur Ihrer Person (Eltern)

Frau | Mann | Divers

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Geburtsort/ -Land: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Festnetznummer: _____ **Mobil:** _____

Verheiratet: Ja mit Kindsvater/ Kindmutter Nein

Sorgerecht: Vater Mutter Sonstiges: _____

Sind Sie zurzeit an der Charlotte Fresenius Hochschule Wiesbaden immatrikuliert? Nein

Ja, Fach: _____

Angaben zu Ihrem Kind

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geburtsort/ -Land: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Name der Krankenversicherung: _____

gesetzlich privat

Wohnsituation: Kind lebt in meinem Haushalt Kind lebt in anderem Haushalt

Wo: _____

Überweisender Arzt: Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ist eine Überweisung vorhanden? Ja Nein

Falls ja, mit welcher Diagnose? _____

Bitte geben Sie die Überweisung zusammen mit dem Anmeldebogen in der Ambulanz ab!

Angaben zu aktuellen Beschwerden Kind

Im Folgenden bitten wir Sie, uns kurz die Beschwerden/ Probleme/ Krankheit Ihres Kindes zu schildern

Welche seelischen und/ oder körperlichen Beschwerden hat Ihr Kind? Wie äußern sich diese?

Wutanfälle Erbrechen Impulsdurchbrüche Ängste Schmerzen

Traurigkeit fehlende Motivation lebensmüde Gedanken

selbstverletzendes Verhalten

Sonstiges

In welchen Situationen treten die Probleme oder Beschwerden auf? Wann verstärken sie sich?

Wodurch werden diese besser?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gab es Zeiten wo sie nicht da waren?

Ja

Nein

Haben Sie eine Vermutung woher die Beschwerden kommen/ wie sie entstanden sind? Gab es ein bestimmtes Ereignis, einen Auslöser?

Ja

Nein

Wenn ja, schildern Sie bitte kurz Ihre Vermutung:

Hat Ihr Kind eine körperliche Erkrankung?

Nein

Ja, folgende:

Seit wann?

Wird die Erkrankung behandelt?

Nein

Ja / Durch wen?

Größe:

Gewicht:

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wie oft? (mehrmals täglich, täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche/ Monat)

Substanz

Menge

Wie oft

Substanz	Menge	Wie oft

Angaben zur Krankengeschichte Ihres Kindes

War Ihr Kind in der Vergangenheit bereits in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung oder hatte ein Vorgespräch ("Psychotherapeutische Sprechstunde") bei einem Psychotherapeuten?

Ja

Nein

Wenn ja, wann war das? _____

Bei wem ? _____

Hat die Therapie geholfen?

Ja

Nein

Ist Ihr Kind zuzeit in psychiatrischer Behandlung in einer Praxis, Klinik oder Ambulanz?

Ja **Wo?** _____

Nein

War Ihr Kind früher schon einmal in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Nein

Ja, Klinikname: _____

In welchem Zeitraum? _____

Wenn Ihr Kind bereits in stationärer Behandlung war, benötigen wir zusätzlich zu diesem Aufnahmebogen eine Kopie d. Arztbriefes!

Haben Sie bereits schon einmal Unterstützung/ Hilfe aufgesucht?

Ja

Nein

Besteht diese noch?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

Angaben zur geplanten Psychotherapie

Was soll sich durch eine Therapie verändern/ verbessern? Welche Hilfe erwarten Sie?

Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden wöchentlich zu einem festen Termin statt.
Zu welchen Zeiten könnte Ihr Kind einen Termin wahrnehmen?

Bitte geben Sie hier den frühestmöglichen und den spätmöglichen Termin an!

Montag:

Dienstag:

Mittwoch:

Donnerstag:

Freitag:

Stimmen Sie einer Rückmeldung zu Ihrer Anmeldung per unverschlüsselter E-Mail zu?

Ja Nein

Email Adresse:

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie während der möglichen weiterfolgenden Therapie werden von der Charlotte Fresenius Hochschule personenbezogene Daten erhoben und verarbeitet.

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname,

meine Einwilligung, dass die nachfolgend genannten personenbezogenen Daten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie während einer möglichen weiterfolgenden Therapie verarbeitet werden dürfen.

Die Erklärung meiner Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich kann sie ohne Angaben von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte.

Meine vorstehende Einwilligung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Diesen Widerruf kann ich zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen telefonisch, schriftlich oder per E-Mail (Hochschulambulanz@charlotte-fresenius-uni.de) erklären. Weitere Informationen und Hinweise über den Umgang mit Ihren Daten nach Art. 13, DSGVO finden Sie in den anliegenden Datenschutzhinweisen.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum,

Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Sollten wir uns innerhalb von 2 Wochen nicht gemeldet haben, können Sie gerne unter 06 11/ 13 91 97 60 nach dem Bearbeitungsstand fragen.