

## Anmeldebogen für ein Vorgespräch Jugendliche (15-18 Jahre)

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Du zu uns gefunden hast. Mit diesem Anmeldebogen hast Du die Möglichkeit, Dich bei uns für ein Vorgespräch im Rahmen der sog. Psychotherapeutischen Sprechstunde anzumelden. Der vorliegende Bogen enthält Fragen zu Deiner Person und Deinen Beschwerden.

Deine Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir für Dich die richtige Anlaufstelle sind. Wir möchten Dich bitten, jede Frage zu beantworten, damit wir ein ganzheitliches Bild von Dir und Deiner aktuellen Situation erhalten können.

Deine Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der psychotherapeutischen Schweigepflicht. (siehe hierzu Informationen zum Datenschutz)

### Angaben zu Deiner Person

weibl.  | männl.  | divers

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort/ -Land:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/ Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Festnetznummer:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Dürfen wir Nachrichten auf Deinem Anrufbeantworter/  
Mailbox hinterlassen?** Ja  Nein

**Name Deiner Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

gesetzlich  privat

**Überweisender Arzt/in:** **Vor- und Nachname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

Ist eine Überweisung vorhanden?  Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Diagnose? \_\_\_\_\_

**Bitte gib eine Überweisung zusammen mit dem Anmeldebogen in der Ambulanz ab!**

Wie bist Du auf uns aufmerksam geworden?  Empfehlung durch Arzt/Ärztin  
 Empfehlung durch einen Therapeuten/in  
 Internet  
 Freunde/ Bekannte  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Schule besuchst Du?  Realschule  IGS  Gymnasium  Hauptschule  
 Berufsschule (Lehrstelle)  
 Sonstige  
 Ich gehe nicht mehr zur Schule

In welcher Klasse befindest Du Dich? \_\_\_\_\_

Falls Du eine Lehre machst: Welche? \_\_\_\_\_

Wo wohnst Du? Bei den Eltern  Bei meiner Mutter  Bei meinem Vater   
Wechselmodell  In eigener Wohnung  In einer Einrichtung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wer wohnt noch in der Wohnung? \_\_\_\_\_  
(z.B. Geschwister, Großeltern, Partner/-in eines Elternteils...)

Hast Du Geschwister? Ja  Nein

Wenn ja, wie viele/ Alter/ Geschlecht: \_\_\_\_\_

## Angaben zu aktuellen Beschwerden

Im Folgenden bitten wir Dich, uns kurz Deine Beschwerden/ Probleme zu schildern.

Welche seelischen und/ oder körperlichen Beschwerden hast Du? Wie äußern sich diese?

- Wutanfälle  Erbrechen  Impulsdurchbrüche  Ängste  
 Traurigkeit  fehlende Motivation  lebensmüde Gedanken  
 selbstverletzendes Verhalten

Sonstiges

**In welchen Situationen treten die Probleme oder Beschwerden auf? Wann verstärken sie sich?  
Wodurch können diese gebessert werden?**

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

**Gab es Zeiten wo sie nicht da waren?**

Ja

Nein

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

Ja

Nein

**Wenn ja, schildere bitte kurz Deine Vermutung:**

**Hast Du eine körperliche Erkrankung?**

Nein

**Ja, folgende:**

**Seit wann?**

**Wird die Erkrankung behandelt?**

Nein

Ja / Durch wen?

Deine Körpergröße:

Dein Gewicht:

Nimmst Du zurzeit Suchtmittel? (Alkohol, Tabak, Cannabis, Amphetamine, Beruhigungsmittel, Medikamente, etc. ...)

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

Wann zuletzt?

Hast Du früher Suchtmittel genommen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche ?

Über welchen Zeitraum:

## Angaben zu Deiner Krankengeschichte

Hattest Du in der Vergangenheit bereits eine ambulante Psychotherapie oder ein Vorgespräch ("Psychotherapeutische Sprechstunde") bei einem Psychotherapeuten/in?

Ja

Nein

Wenn ja, wann war das?

Bei wem?

Hat Dir die Therapie geholfen?

Ja

Nein

Bist Du **zurzeit** in psychiatrischer Behandlung in einer Praxis, Klinik oder Ambulanz?

Ja Wo?

Nein

**Warst Du früher schon einmal in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie?**

Ja      **Wo?** \_\_\_\_\_

**In welchem Zeitraum?** \_\_\_\_\_

Nein

Wenn du bereits in stationärer Behandlung (Klinik warst, benötigen wir zusätzlich zu diesem Aufnahmebogen eine Kopie des Arztbriefes/Berichtes

**Hast du 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 erwartest Du?**

**Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden wöchentlich zu einem festen Termin statt.**

**Zu welchen Zeiten könntest Du deinen Termin wahrnehmen?**

**Bitte gib hier den frühestmöglichen und den spätmöglichsten Termin an !**

**Montag:**  **Dienstag:**

**Mittwoch:**  **Donnerstag:**

**Freitag:**

### Dinge, die wir noch wissen sollten?

### Stimmst Du einer Rückmeldung zu Deiner Anmeldung per unverschlüsselter E-Mail zu?

Ja       Nein

E-Mail 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, kannst Du gerne unter 06 11/ 13 91 97 60 nach dem Bearbeitungsstand fragen.