



Anmeldebogen

In diesem Anmeldebogen zur 1. Sprechstunde möchten wir Ihnen eine Reihe von Fragen stellen und mehr über die persönliche Lebenssituation und aktuelle Schwierigkeiten erfahren. Diese Informationen helfen uns einzuschätzen, ob wir Ihnen und Ihrem Kind ein passendes Behandlungsangebot unterbreiten können. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Bei Rückfragen können Sie sich sehr gern an uns wenden.

Alle Mitarbeiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche unterliegen der Schweigepflicht. Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

Ausgefüllt von:

Datum:

1. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsland: _____

Wohnadresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Versichert über: Mutter Vater gesetzlich privat

Name der Versicherung: _____

Kindergarten / Schule / Klasse: _____

Höchster Schul-/Berufsabschluss: _____

Kinder- oder Hausarzt: _____

Nahm oder nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

nein ja, welche:



2. Angaben zu den leiblichen Eltern

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater andere

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet gemeinsam lebend, nicht verheiratet

Hat eines oder beide Elternteile einen Migrationshintergrund? nein ein Elternteil beide Elternteile

Mutter

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Schulabschluss: (noch) kein Schulabschluss Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss

Realschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss Abitur/Fachhochschulreife Sonstiges

Berufsabschluss: kein Ausbildungsabschluss noch in Ausbildung bzw. Studium Lehre bzw.

Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker Universitäts- bzw. Fachhochschul-Abschluss Sonstiges

Jetziger Beruf: _____

Sind Sie derzeit arbeitsfähig bzw. krankgeschrieben? arbeitsfähig arbeitsunfähig (krankgeschrieben)

Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund psychischer Erkrankung Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe Altersrente Arbeitssuchend Sonstiges

Aktueller Beziehungsstatus:

In keiner neuen Partnerschaft In einer neuen Partnerschaft Wiederverheiratet mit neuem Partner

Vater

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Schulabschluss: (noch) kein Schulabschluss Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss

Realschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss Abitur/Fachhochschulreife Sonstiges

Berufsabschluss: kein Ausbildungsabschluss noch in Ausbildung bzw. Studium Lehre bzw.

Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker Universitäts- bzw. Fachhochschul-Abschluss Sonstiges

Jetziger Beruf: _____

Sind Sie derzeit arbeitsfähig bzw. krankgeschrieben? arbeitsfähig arbeitsunfähig (krankgeschrieben)

Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund psychischer Erkrankung Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe Altersrente Arbeitssuchend Sonstiges

Aktueller Beziehungsstatus:

In keiner neuen Partnerschaft In einer neuen Partnerschaft Wiederverheiratet mit neuem Partner



3. Angaben zu Stief-/Adoptiveltern (unzutreffendes streichen):

Stief-/Adoptivmutter

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Schulabschluss: (noch) kein Schulabschluss Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss

Realschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss Abitur/Fachhochschulreife Sonstiges

Berufsabschluss: kein Ausbildungsabschluss noch in Ausbildung bzw. Studium Lehre bzw.

Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker Universitäts- bzw. Fachhochschul-Abschluss Sonstiges

Jetziger Beruf: _____

Sind Sie derzeit arbeitsfähig bzw. krankgeschrieben? arbeitsfähig arbeitsunfähig (krankgeschrieben)

Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund psychischer Erkrankung Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe Altersrente Arbeitssuchend Sonstiges

Stief-/Adoptivvater

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Schulabschluss: (noch) kein Schulabschluss Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss

Realschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss Abitur/Fachhochschulreife Sonstiges

Berufsabschluss: kein Ausbildungsabschluss noch in Ausbildung bzw. Studium Lehre bzw.

Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker Universitäts- bzw. Fachhochschul-Abschluss Sonstiges

Jetziger Beruf: _____

Sind Sie derzeit arbeitsfähig bzw. krankgeschrieben? arbeitsfähig arbeitsunfähig (krankgeschrieben)

Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund psychischer Erkrankung Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe Altersrente Arbeitssuchend Sonstiges



4. Angaben zur Wohn-/Lebenssituation

Bei wem wohnt das Kind? Eltern Mutter Vater bei:

Gibt es eine zweite Familiensprache? Ja Nein

Welches ist die Sprache, die üblicherweise am meisten Zuhause gesprochen wird? _____

Welches ist die Sprache, die üblicherweise am zweitmeisten Zuhause gesprochen wird? _____

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Besitzt Ihre Familie ein eigenes Auto? Nein Ja, eins Ja, zwei oder mehrere

Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten als Familie in den Urlaub gefahren?

überhaupt nicht einmal zweimal mehr als zweimal

Wie viele Computer (inkl. Laptops & Tablets, ohne Smartphone und Spielkonsolen) besitzen Sie als Familie?

keinen einen zwei mehr als zwei

5. Geschwister und weitere Bezugspersonen

Geburtsdatum	Name	Schule/KiGa	Geschwister/Halbgeschwister/ Stiefgeschwister

Gibt es noch andere wichtige Bezugspersonen (z.B. Großeltern)? Wenn ja, wer?



6. Probleme

Bitte schildern Sie kurz, welche Probleme und Schwierigkeiten Ihres Kindes Ihnen am meisten Sorge bereiten. Für Jugendliche: Welche Sorgen führen Dich zu uns?

Wann traten die Schwierigkeiten das erste Mal auf? Sind sie seit Beginn schwächer oder stärker geworden oder gleichgeblieben?

Wann bzw. in welcher Situation bzw. mit welcher Person treten die Probleme *NICHT* auf?

Steht das Problem bzw. die Schwierigkeit mit einem besonderen Ereignis in Zusammenhang?

Was wurde bisher unternommen, um die Schwierigkeiten zu reduzieren? Wer hat dabei geholfen (Schule, Beratungsstelle, Arzt, Krankenhaus, Psychotherapeut, Jugendamt o.ä.)?

Gab oder gibt es andere Therapien, die durchgeführt worden sind oder noch laufen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Frühförderung, Lerntherapie)? Wenn ja, von wann bis wann?



7. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung

Gab es während der Schwangerschaft Schwierigkeiten? Wenn ja, welche?

Gab es bei der Geburt Schwierigkeiten oder Komplikationen? Wenn ja, welche?

Hat Ihnen in den ersten Lebensmonaten etwas besonders Sorge bereitet (exzessives Schreien, Krampfanfälle, Unruhe, Bewegungsarmut)?

Wie verlief die frühkindliche Entwicklung?

Laufen mit ____ Monaten

Erste Worte mit ____ Monaten.

Erste Sätze mit ____ Monaten.

Sauber mit ____ Monaten.

Hat Ihr Kind körperliche oder kognitive Einschränkungen?

- Nein
- Sehschwäche, seit: _____
- Hörschäden, seit: _____
- Sprachstörung, seit: _____
- Bewegungsstörungen, seit: _____
- Allergien, seit: _____
- Lern- /Leistungsstörung, seit: _____
- Andere körperliche Erkrankungen, seit: _____

Gab es in der Vergangenheit Unfälle, Operationen und/ oder Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, wann und weswegen?



8. Kindergarten und Schule

Kindergarten

Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten? Wenn ja, von wann bis wann?

Gab/ gibt es dort Schwierigkeiten (Trennungsschwierigkeiten, Essen, mit anderen Kindern)?

Schule (Bitte die letzten drei Zeugnisse in Kopie mitbringen)

reguläre Einschulung Zurückstellung wegen: _____

Wiederholung der Klasse ____

Überspringen der Klasse ____

Gab es längere Unterbrechungen des Schulbesuches oder einen Schulwechsel? Wenn ja, weswegen?

Gibt es Leistungs- oder Verhaltensprobleme in der Schule? Wenn ja, welche?



9. Vorbehandlungen

Wurden in der Vergangenheit oder werden bereits andere Therapien durchgeführt (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Frühförderung, Lerntherapie)? Wenn ja, von wann bis wann?

Wurde schon einmal eine ambulante Psychotherapie oder eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen?

Art der Behandlung	Wo?	Zeitraum (von bis)
ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>		
ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>		
ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>		

Ressourcen

Welche Hobbies oder Interessen hat Ihr Kind? Für Jugendliche: Was machst Du gern in Deiner Freizeit?

10. Zum Abschluss

Gibt es etwas, was wir noch unbedingt wissen müssen?

Wie sind/bist Sie/Du auf uns aufmerksam geworden?

Herzlichen Dank für die Auskunft und Mitarbeit!