



## 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.)?

---

---

---



## 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!**