



F. X. Thomas Schneider

(DGIP, VAKJP, BVVT, D3G)
 analytische, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder- Jugendliche und deren Eltern
 verhaltenstherapeutische Eltern-, Kinder- und Jugendlichen trainingsmaßnahmen
 Gruppenanalytiker (IGA Heidelberg, D3G)
 Dozent in der Aus- u. Weiterbildung (analytischer) Kinder- u. Jugendlichen(gruppen)psychotherapie
 Coaching, Supervision für Mitarbeitende in pädagogischen und psychologischen Arbeitsfeldern
 Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Hypnose-, EMDR-Traumatherapie

Praxis für Eltern-, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie

Patienten – Aufnahmebogen

Sehr geehrte Eltern, lieber Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen umgehend aus und schicken ihn möglichst per Post vor unserem Erstgespräch zusammen mit dem Symptomfragebogen zurück. Bringen Sie ihn aber spätestens ausgefüllt zum ersten Termin mit. Sie erleichtern sich und uns damit erheblich die Aufnahme der Therapie.

Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie, dass bei nicht sorgfältigen oder nicht gewissenhaften Angaben – insbesondere im **Symptomfragebogen, Medikamenteneinnahme** (auch Homöopathie), **Vorbehandlungen** - die Gefahr besteht, dass ich von falschen Annahmen und Voraussetzungen in der Behandlung ausgehe und damit der Therapieerfolg gefährdet wird.

1. Daten des/der Sorgeberechtigten:

1.1 leibliche Mutter Pflegemutter Adoptivmutter _____

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Familienstand.:
Email:	Straße/Hsnr.:
PLZ:	Ort:
Festnetztelefon:	Handy:
Schulabschluss:	Beruf(e):
Aktuelle Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> _____

1.2 leiblicher Vater Pflegevater Adoptivvater _____

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Familienstand.:
(Adressfelder sind nur auszufüllen, wenn von 1.1 abweichend)	
Email:	Straße/Hsnr.:
PLZ:	Ort:
Festnetztelefon:	Handy:
Schulabschluss:	Beruf(e):
Aktuelle Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> _____

2. Daten des/der Patienten/in:

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Konfession: <input type="checkbox"/> röm/kath <input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> muslimisch
(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"/> MS <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:
Geschwisterdaten: Bitte Name, Geburtsdatum, Schule, Ausbildung oder aktueller Beruf angeben. Bei Halbgeschwistern väterlicherseits (vs) bzw. mütterlicherseits (ms) angeben bzw. bei Pflegegeschwistern (P)	
Geschwisterposition: ____ von ____ Geschw.	1. Geschw. : <input type="checkbox"/> vs <input type="checkbox"/> ms <input type="checkbox"/> P
2. Geschw. : <input type="checkbox"/> vs <input type="checkbox"/> ms <input type="checkbox"/> P	3. Geschw. : <input type="checkbox"/> vs <input type="checkbox"/> ms <input type="checkbox"/> P
4. Geschw. : <input type="checkbox"/> vs <input type="checkbox"/> ms <input type="checkbox"/> P	5. Geschw. : <input type="checkbox"/> vs <input type="checkbox"/> ms <input type="checkbox"/> P
Im Zimmer: <input type="checkbox"/> PC/ <input type="checkbox"/> Internet/ <input type="checkbox"/> Fernseher/ <input type="checkbox"/> Spielkonsole	Eigenes Zimmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, teilt es mit:
Tgl. (Fernseh/PC/Spielkonsolen) Medienkonsum 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	
Familie lebt in <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> _____	
Patient(in) lebt in der Wohnung <input type="checkbox"/> mit Mutter <input type="checkbox"/> mit Vater <input type="checkbox"/> _____	
Patient(in) lebt zusammen im Haus mit: <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> (ms) <input type="checkbox"/> (vs) und GroßVater <input type="checkbox"/> (ms) <input type="checkbox"/> (vs)	
Patient(in) lebt in/im <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Wohngruppe <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> eigenständig <input type="checkbox"/> _____	

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"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Medikament: Dosis:
Medikament: Dosis:	Medikament: Dosis:
Medikament: Dosis:	Medikament: Dosis:

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

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

6. Wie sind Sie/bist Du auf die Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internet/Homepage | <input type="checkbox"/> Empfehlung Arzt/Ärztin |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapievermittlungsstelle | <input type="checkbox"/> Empfehlung von ehemaligen Patienten/eltern |

7. Welche der nachfolgenden Ereignisse/Situationen ha(s)t Du/ihr Kind im bisherigen Leben erlebt und als besondere Belastung erfahren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eintritt in den Kindergarten | <input type="checkbox"/> Schulbeginn | <input type="checkbox"/> Gewalterfahrung(en) |
| <input type="checkbox"/> Übertritt an eine weiterführende Schule | <input type="checkbox"/> Schulausschluss | <input type="checkbox"/> Umzug/-züge |
| <input type="checkbox"/> Scheidung(en) der Eltern: im Alter von ____ | <input type="checkbox"/> Geschwisterrolle | <input type="checkbox"/> Geschwisterposition |
| <input type="checkbox"/> Mobbing in der Klasse/Ausbildung | <input type="checkbox"/> Gefängnisaufenthalt von | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburt/Abtreibung | <input type="checkbox"/> Pflegefamilienaufenthalt | von ____ bis ____ |
| <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt(e) von ____ bis ____ wo? _____ | und von ____ bis ____ wo? _____ | |
| <input type="checkbox"/> eigene schwere Erkrankungen: _____ | von ____ bis ____ | |
| <input type="checkbox"/> Tod eines lieben Menschen/Tieres, wer? Wie alt warst Du? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Homosexuelle-/Bisexuelle-/Transsexuelle (unzutreffendes bitte streichen) | <input type="checkbox"/> Phantasie | <input type="checkbox"/> Erfahrung <input type="checkbox"/> Missbrauch |

8. Welche heilpädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen wurden bereits durch- bzw. laufen noch? (Bitte legen Sie jeweilige Abschlussbefundberichte vor)

- | | | | |
|--|-----------|-----------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | von _____ | bis _____ | bei wem? _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | von _____ | bis _____ | bei wem? _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | von _____ | bis _____ | bei wem? _____ |
| <input type="checkbox"/> Lerntherapie | von _____ | bis _____ | bei wem? _____ |
| <input type="checkbox"/> KJ-Psychiatrie | von _____ | bis _____ | Klinik? _____ |
| <input type="checkbox"/> KJP-Tagesklinik | von _____ | bis _____ | Klinik? _____ |
| <input type="checkbox"/> Klinikaufenthalt(e) | von _____ | bis _____ | wo? _____ |

9. Wie groß sind Deine/Ihre Hoffnungen auf die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Hilfe?

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

10. Datenschutzerklärung:

Ich/Wir haben die Zusatzvereinbarung zur elektronischen Kommunikation gelesen und die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung (beides Homepage der Praxis zum download) zur Kenntnis genommen und erkennen diese Regelung vollumfänglich an. (Bei Abweichungen müssen die Formulare in abgeänderter Form separat ausgefüllt und unterschrieben werden.)

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift beider **Sorgeberechtigter**

11. Checkliste(n) für Erstgespräch / Psychotherapeutische Sprechstunde / Probatorik/ Behandlung:

(Wird vom Behandler ausgefüllt und ergänzt!)

Unterlagen vorhanden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenkarte / ggf. Überweisungsschein | <input type="checkbox"/> PTV11 Patienteninformation Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Befundberichte Vorbehandler/Kliniken | <input type="checkbox"/> Vertretungsvollmacht Elternteil/Vormund/Jugendamt |
| <input type="checkbox"/> Zeugnisse Schule/Ausbildung | <input type="checkbox"/> Fragebogen CBCL 6 -18 (Elternfragebogen immer) |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen YSR 11-18 | <input type="checkbox"/> Fragebogen TRF 6 -18 (Lehrerbogen bei Schulproblem) |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Migrationshintergrund | |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Anamnese Eltern | ausgehändigt am: _____; zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Anamnese Kind/Jugendlicher | ausgehändigt am: _____; zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Anamnese Lehrkraft/Erzieher | ausgehändigt am: _____; zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Einwilligungserkl. Datensicherung | ausgehändigt am: _____; zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zusatzvereinbarung z. elektr. Vereinbarung | ausgehändigt am: _____; zurück am: _____ |

Psychologische Sprechstunde / Probatorik

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Symptomerhebung | abgeschlossen am: _____ |
| <input type="checkbox"/> psychologischer Befund /OPDKJ | erstellt am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Testverfahren durchgeführt: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnose(n) erstellt am: | ICD10: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verfahren Kind/Jugendlicher | <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> in Form von <input type="checkbox"/> EZT <input type="checkbox"/> Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Verfahren Bezugspersonen | <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> in Form von <input type="checkbox"/> EZT <input type="checkbox"/> Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Zusatzverfahren | <input type="checkbox"/> Hypnose <input type="checkbox"/> EMDR <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> AT |
| <input type="checkbox"/> Therapie- und Behandlungsvertrag | abgeschlossen am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindung | abgeschlossen am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Konsiliarbericht | angefordert am: _____ bei Dr. med. _____ |
| <input type="checkbox"/> Akutbehandlung | gestellt am: _____ genehmigt am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antrag an Krankenkasse KZT-1 | gestellt am: _____ genehmigt am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antrag an Krankenkasse KZT-2 | gestellt am: _____ genehmigt am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Supervisionsunterlagen an DTB | gestellt am: _____ zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Fortführungsantrag E 1 | ausgehändigt am: _____ zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Fortführungsantrag K 1 | ausgehändigt am: _____ zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antrag an Krankenkasse LZT-1 | gestellt am: _____ genehmigt am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Fortführungsantrag E 2 | ausgehändigt am: _____ zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen Fortführungsantrag K 2 | ausgehändigt am: _____ zurück am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antrag an Krankenkasse LZT-2 | gestellt am: _____ genehmigt am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rezidivprophylaxe | besprochen am: _____ begonnen am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nachbefragungsbogen | ausgehändigt am: _____ besprochen am: _____ |

Notizen: