

Aufnahmebogen

Sehr geehrte Eltern, liebe/er Patient/in,

bitte füllen Sie den Fragebogen umgehend aus und schicken Sie ihn möglichst per Post/per Email vor unserem Erstgespräch zurück. Für Terminvereinbarungen zum Erstgespräch registrieren Sie sich bitte auf der Homepage www.tschneider-praxis.de unter Terminvereinbarungen. Für eine datenschutzkonforme Kommunikation mit unserer Praxis verwenden Sie bitte medflex.de. Den Button zur Registrierung finden Sie auf unserer Homepage unter Kontakt/Termine.

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. Sollten Sie bereits psychotherapeutische Sprechstunden wahrgenommen oder in den letzten 2 Jahren eine Psychotherapie gemacht haben bringen sie bitte die **PTV11** bzw. die Daten des/der Behandler/in und die Angaben über Beginn, Ende und Therapieform mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Thomas Schneider

1. Daten des/der Sorgeberechtigten:

1.1 leibliche Mutter Pflegemutter Adoptivmutter _____

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Familienstand:
Email:	Straße/Hsnr.:
PLZ:	Ort:
Festnetztelefon:	Handy:
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, aber die <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge bzw. <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht	

1.2 leiblicher Vater Pflegevater Adoptivvater _____

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Familienstand.:
<small>(Adressfelder sind nur auszufüllen, wenn von 1.1 abweichend)</small>	
Email:	Straße/Hsnr.:
PLZ:	Ort:
Festnetztelefon:	Handy:
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, aber die <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge bzw. <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht	

2. Daten des/der Patienten/in:

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Konfession: <input type="checkbox"/> ohne Konf. <input type="checkbox"/> röm/kath <input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> _____
(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:
Geschwisterposition: __ von __ Geschwistern.	Alter der Geschwister: Sr. __. __. __ Br. __. __. __
Das Kind/ der Jgdl. verfügt über: <input type="checkbox"/> PC/Tablet/Laptop <input type="checkbox"/> Internet/WLAN <input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> Fernseher/ <input type="checkbox"/> Spielkonsole, Nintendo, Wi, X-Box	Der tgl. Medienkonsum beträgt 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 (PC/Internet/Handy/Fernsehen/Spielekonsole/... zusammen)
Der Medienkonsum ist reguliert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form einer <input type="checkbox"/> Zeitlimitierung <input type="checkbox"/> Altersfreigabeeinstellungen Dies erfolgt konsequent? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form <input type="checkbox"/> verbindlicher Absprachen <input type="checkbox"/> spezielle Software/Technikkontrolle	
Das Kind hat ein eigenes Zimmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, teilt es mit:	
Unsere Familie lebt im/ in einer <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> im Heim/Wohngruppe <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> _____	
In der Wohnung der Familie leben zusammen <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister Anzahl: ____ Im Haus leben in <input type="checkbox"/> getrennten <input type="checkbox"/> ungetrennten Wohneinheiten mit: GroßMu <input type="checkbox"/> (ms) <input type="checkbox"/> (vs) <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig <input type="checkbox"/> pflegebedürftig, gepflegt von: _____ GroßVa <input type="checkbox"/> (ms) <input type="checkbox"/> (vs) <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig <input type="checkbox"/> pflegebedürftig, gepflegt von: _____ Außerdem leben regelmäßig in der Wohnung/Haus _____	

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"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Name und Dosis angeben)	Medikament: Dosis: morgens mittags abends
Medikament: Dosis: morgens mittags abends	Medikament: Dosis: morgens mittags abends
Medikament: Dosis: morgens mittags abends	Medikament: Dosis: morgens mittags abends

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

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

7. Haben Elternteile oder das Kind/der Jugendliche in den letzten 2 Jahren eine Psychotherapie gemacht? nein ja

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> der Vater wegen _____ | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> teilstationär |
| Sie ist: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> abgebrochen, das Verfahren ist/war | <input type="checkbox"/> VT | <input type="checkbox"/> TP/AP | <input type="checkbox"/> Systemisch |
| <input type="checkbox"/> die Mutter wegen _____ | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> teilstationär |
| Sie ist: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> abgebrochen, das Verfahren ist/war | <input type="checkbox"/> VT | <input type="checkbox"/> TP/AP | <input type="checkbox"/> Systemisch |
| <input type="checkbox"/> der Patient wegen _____ | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> teilstationär |
| Sie ist: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> abgebrochen, das Verfahren ist/war | <input type="checkbox"/> VT | <input type="checkbox"/> TP/AP | <input type="checkbox"/> Systemisch |

8. Kann Ihr Kind regelmäßig gebracht werden und an welchen Tagen könnte Therapie stattfinden?**Welche Behandlungsformen kommen für Sie in Frage?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> der Pat. kann nicht wöchentlich kommen | <input type="checkbox"/> der Pat. kann wöchentlich an |
| folgenden Tagen kommen: <input type="checkbox"/> Montag von__ bis ____ <input type="checkbox"/> Dienstag von__ bis ____ | |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch von__ bis ____ <input type="checkbox"/> Donnerstag von__ bis ____ <input type="checkbox"/> Freitag von__ bis ____ | |
| Wir hätten gerne eine <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombination EZT/Gruppenth. | |

9. Wie groß ist Deine/Ihre Hoffnung auf die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Hilfe?

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

10. Erklärungen:

Achtung: Nur wenn Sie jeweils zustimmen, dürfen bzw. können wir Sie behandeln!

Wir haben gelesen, verstanden und stimmen diesen Regelungen vollumfänglich zu:

- Infos vor Therapiebeginn** auf der Homepage www.tschneider-praxis.de
- Zusatzvereinbarung zur elektronischen Kommunikation** (auf der Homepage auch zum Download)
- Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung** (auf der Homepage auch zum Download)
- Ausfallhonorarregelung für unentschuldigtes bzw. entschuldigtes Fehlen (Absage 48 Std. vor Beginn der vereinbarten Sitzung)**

Datum, Unterschrift Patient sofern älter als 14 Jahre	Datum, Unterschrift Mutter falls sorgeberechtigt / Gesundheitsfürsorge	Datum, Unterschrift Vater falls sorgeberechtigt/Gesundheitsfürsorge
--	---	--

Vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen und auf gute Zusammenarbeit!

Thomas Schneider