

Aufnahmebogen

Sehr geehrte Eltern, liebe/er Patient/in,

bitte füllen Sie den Fragebogen aus und schicken Sie ihn möglichst per Post/per Medflex vor unserem Erstgespräch zurück. Andernfalls bringen Sie ihn ausgefüllt zum ersten Termin mit. Sie erleichtern sich und uns damit erheblich die Anlage der Patientenakte in der Praxis und wir haben Zeit für das Wesentliche, die Not Ihres Kindes zu besprechen.

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.

Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Sollten Sie bereits psychotherapeutische Sprechstunden wahrgenommen oder in den letzten zwei 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.

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: ☐ ja ☐ nein, aber die ☐ Gesundheitsfürsorge bzw. ☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht	

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:
Sorgerecht: ☐ ja ☐ nein, aber die ☐ Gesundheitsfürsorge bzw. ☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht	

2. Daten des/der Patienten/in:

Vorname(n):	Nachname:
Geburtsdatum:	Konfession: ☐ ohne Konf. ☐ röm/kath ☐ evang. ☐ muslimisch ☐ _____
(Adressfelder sind nur auszufüllen, wenn von 1.1 abweichend)	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:
Handy:	Email:
Schule: ☐ Förder- ☐ Grund- ☐ Mittel- ☐ Real- ☐ Wirtschaftsschule ☐ Gymnasium ☐ Berufs- ☐ Fachschule für ☐ Fachober- ☐ Fachhoch- ☐ Berufsob- ☐ Universität	
Klasse:	Welche Klasse(n) wiederholt?
Lehrberuf/-jahr:	Lehrbetrieb:
Semester:	Studiengang/-fach:
Geschwisterposition: __ von __ Geschwistern.	Alter der Geschwister: Sr. __. __ Br. __ __

3. Anlass für das Erstgespräch?

Welche Symptome/ Schwierigkeiten liegen vor?	Wer gab den Anstoß, einen KiJu Psychotherapeuten aufzusuchen?	
	☐ eigene Überlegung der/des Patientin/en ☐ Elterliche Überlegung ☐ die/der behandelnde Arzt/Ärztin ☐ Anraten Kindergarten/Schule/Heim/Hort ☐ Anraten von Bekannten/Verwandten	
Mein Kind äußert bzw. zeigt aktuell ☐ Suizidgedanken ☐ suizidale Planungen / Handlungsabsichten ☐ Selbstverletzendes Verhalten ☐ Schulverweigerung	Mein Kind zeigt aktuell ein/e Suchtrisiko, Abhängigkeit ☐ Alkohol ☐ Cannabis ☐ Amphetamine ☐ Ecstasy	☐ Tabak ☐ Kokain ☐ Vapes, E-Zigaretten ☐ Social Media

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

☐ Suchmaschine / Homepage	☐ Empfehlung Arzt/in
☐ Psychotherapievermittlungsstelle	☐ Empfehlung ehemaliger Patienten/-eltern
☐ Empfehlung Lehrer-/ Erzieher/in	☐ Anzeige

5. Krankenkassendaten:

Mein Kind ist ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe versichert. Ich bin ☐ Selbstzahler/in
Versichertenstatus: ☐ mitversichert mit Vater ☐ bzw. Mutter ☐ eigenständiges Mitglied

6. Arzt bzw. Facharzt- Medikamenteneinnahmedaten:

Vor- u. Nachname des Haus- bzw. Kinderärztin / Pädiater/in:		
Anschrift des/des Hausarzt/in:		
Vor- u. Nachname der/des Facharzt/in / Psychiater/in:		
Anschrift der/des Facharzt/in:		
Aktuelle Medikamenteneinnahme: ☐ nein ☐ 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	
Vor- u. Nachname der/des vorbehandelnden Psychotherapeut/in:		
Anschrift des/der Therapeut/in:		
Ich habe in dieser Praxis ☐ nur Vorgespräche geführt. ☐ eine Kurzzeittherapie bzw. eine ☐ Langzeittherapie wahrgenommen und diese ☐ abgeschlossen am: ☐ abgebrochen nach _____ Sitzungen.	Die/der Behandler/in hatte eine ☐ tiefenpsychologisch fundierte (TP) ☐ analytische (AP) ☐ verhaltenstherapeutische (VT) ☐ systemische Therapie (ST) angewendet als ☐ Einzel- ☐ Gruppen- bzw ☐ Kombitherapie.	

7. Vorbehandlung der Eltern(teile).

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

Mutter des/der Patient/in: ☐ nein ☐ ja, in Form einer ☐ Kurzzeit- ☐ Langzeittherapie. ☐ Einzel- ☐ Gruppen- bzw ☐ Kombitherapie. ☐ ambulant ☐ stationär ☐ teilstationär ☐ abgeschlossen am: Diagnose(n):	Vater des/der Patient/in: ☐ nein ☐ ja, in Form einer ☐ Kurzzeit- ☐ Langzeittherapie. ☐ Einzel- ☐ Gruppen- bzw ☐ Kombitherapie. ☐ ambulant ☐ stationär ☐ teilstationär ☐ abgeschlossen am: Diagnose(n):
---	--

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

Die/der Patient/in kann wöchentlich mindestens einmal zur Behandlung kommen? ☐ nein ☐ ja,
☐ Dienstag von ____ bis ____ ☐ Mittwoch von ____ bis ____ ☐ Donnerstag von ____ bis ____
 Ich wünsche mir für mein Kind aktuell eine ☐ Einzel- ☐ Gruppen- ☐ Kombitherapie Einzel-/Gruppe.

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

☐ sehr groß ☐ groß
☐ mäßig, aber deutlich ☐ gering
☐ sehr gering ☐ keine Einschätzung möglich

10. Erklärungen:

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

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

- ☐ **Zusatzvereinbarung zur elektronischen Kommunikation** (auf der Homepage zum Download)
☐ **Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung** (auf der Homepage zum Download)
☐ **Ausfallhonorarregelung für unentschuldigtes bzw. entschuldigtes Fehlen** (Absage 48 Std.
 [Werktage] vor Beginn der vereinbarten Sitzung)

11. Vorbereitung des Erstgespräch

- ☐ Ich habe die **Infos vor Therapiebeginn** auf der Homepage www.tschneider-praxis.de durchgelesen und bringe (je nach Reifegrad und Entwicklungsstand) mein Kind zum Erstgespräch ☐ nicht mit ☐ mit.
☐ Ich bringe die erforderlichen Unterlagen (siehe Info vor Therapiebeginn, Erstgespräch) (Krankenkarte, Zeugnisse, U-Heft, Medikamentenplan,...) mit.
☐ Wir kommen als sorgeberechtigte Eltern gemeinsam zum Erstgespräch, ☐ nein, weil _____

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