

Anmeldeformular für Erstgespräch

Liebe Patienten, liebe Eltern,

bitte bringen Sie das Anmeldeformular vollständig ausgefüllt zum vereinbarten Erstgespräch mit.

Patient*in:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Krankenkasse: _____

Kindergarten, Schule, Ausbildung & Studium:

Kindergarten Grundschule Förderschule Haupt-/Mittelschule

Realschule Gymnasium Klasse: _____

Ausbildung als: _____ Studium: _____

Hauptversicherte*r:

Patient*in Mutter Vater _____

Eltern (Angaben, falls Patient/-in jünger als 18 Jahre) :

Elternteil 1:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Elternteil 2:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Sorgerecht: beide Eltern nur Elternteil 1 nur Elternteil 2 Vormund/ Jugendamt

Vorstellungsanlass (Bitte schildern Sie kurz in Stichworten, warum Sie sich oder Ihr Kind angemeldet haben):

Erklärung:

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Patient / gesetzlicher Vertreter bei Patienten unter 18 Jahren

Eltern (Angaben, falls Patient*in jünger als 18 Jahre):

Hiermit erklären wir uns mit der Behandlung unseres Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Frau Christin Heim einverstanden.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter bei Patienten unter 18 Jahren

Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter bei Patienten unter 18 Jahren

Patient (Angaben, falls Patient*in volljährig):

Hiermit erkläre ich mich mit der Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Frau Christin Heim einverstanden.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Patient

Was bringe ich zum ersten Termin mit?

- o Ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular
- o Ausgefüllter Symptomfragebogen
- o Versichertenkarte der/des Patientin/-en
- o Gelbes Untersuchungsheft
- o Wichtige Arztbriefe/ Therapieberichte/ Vorbefunde in Kopie
- o Bei Schülern: Zeugnisse in Kopie
- o Ggf. Name und Dosierung von aktuellen und bisher eingenommenen Medikamenten

Symptomfragebogen (Nennen Sie ggf. Beispiele):

Liebe Patienten, liebe Eltern,

im Folgenden finden Sie eine Liste möglicher Symptome. Bitte geben Sie an, welche auf Sie als Patient bzw. auf Ihr Kind zutreffen.

Haben Sie/ Hat Ihr Kind häufig Konzentrationsprobleme? O nein

O ja, und zwar _____

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig, ungeduldig oder impulsiv? O nein

O ja, und zwar _____

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig ängstlich? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind häufig plötzliche Stimmungsschwankungen? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind soziale Probleme (in Gruppen, bzgl. Regelverhalten etc.)? O nein

O ja, und zwar _____

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig niedergeschlagen, unglücklich oder antriebslos? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind bisweilen „zwanghaftes“ Verhalten (z.B. häufiges Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren)? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie bei sich/ Ihrem Kind Bewegungen oder Laute beobachtet, die schwer zu unterdrücken und zu kontrollieren sind (z.B. Zuckungen im Gesicht, häufiges Räuspern)? O nein

O ja, und zwar _____

Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung? O nein

O ja, und zwar _____

Liegen häufig körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit etc. vor? O nein

O ja, und zwar _____

Hatten Sie/ Hat Ihr Kind spezielle Schwierigkeiten bei schulischen Leistungen (beim Rechtschreiben, Lesen, Rechnen)? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind Probleme bezüglich des Schlafens (Einschlafen, Durchschlafen)? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat ihr Kind Probleme bezüglich des Essens (z.B. verminderter Appetit, Nahrungseinschränkung, Essattacken)? O nein

O ja, und zwar _____

Hatten Sie/ Hat Ihr Kind Besonderheiten im Spielverhalten und/oder außergewöhnliche Interessen? O nein

O ja, und zwar _____

Besteht bei Ihnen/ Ihrem Kind ein übermäßiger Medienkonsum? O nein

O ja, und zwar _____

Besteht bei Ihnen/ Ihrem Kind ein regelmäßiger oder übermäßiger Konsum von Alkohol, Zigaretten oder sonstiger Drogen? O nein

O ja, und zwar _____

Gibt es plötzliche Verhaltensveränderungen in Folge eines einschneidenden Ereignisses/ Erlebnisses? O nein

O ja, und zwar _____

Vielen Dank!