

Anmeldebogen für ein Vorgespräch Eltern | Kind bis 15 Jahre

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Anmeldebogen haben Sie die Möglichkeit, sich bei uns für ein Vorgespräch im Rahmen der sog. psychotherapeutischen Sprechstunde anzumelden.

Der vorliegende Bogen enthält Fragen zu Ihrer Person, Ihren Beschwerden und Ihren Therapiewünschen. Ihre Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir für Sie die richtige Anlaufstelle sind

und um ein mögliches erstes Gespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorzubereiten. Wir möchten Sie bitten, jede Frage zu beantworten, damit wir ein ganzheitliches Bild von Ihnen erhalten können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der psychotherapeutischen Schweigepflicht.

(siehe Information zum Datenschutz)

Angaben zu Ihrer Person (Eltern)

☐ Frau | ☐ Mann | ☐ Divers

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geburtsort/ -Land: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Festnetznummer: _____ Mobil: _____

Verheiratet: ☐ Ja ☐ mit Kindsvater / Kindsmutter ☐ Nein

Sorgerecht: ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Sonstiges: _____

BITTE FÜLLEN SIE DEN BEILIEGENDEN ANHANG „ERKLÄRUNG ZUM SORGERECHT“ VOLLSTÄNDIG AUS. OHNE DIESEN IST EINE WEITERE BEARBEITUNG IHRES ANLIEGENS NICHT MÖGLICH. WIR DANKEN FÜR IHR VERSTÄNDNIS.

Sind Sie zurzeit an der Charlotte Fresenius Hochschule Wiesbaden immatrikuliert? ☐ Ja ☐ Nein

Ja, Fach: _____

Angaben zu Ihrem Kind

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geburtsort/ -Land: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Name der Krankenversicherung: _____

☐ gesetzlich

☐ privat

Wohnsituation: ☐ Kind lebt in meinem Haushalt

☐ Kind lebt in anderem Haushalt

Wo: _____

Überweisender Arzt: Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ist eine Überweisung vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Diagnose? _____

AUFGRUND DER ZULASSUNGSKRITERIEN UNSERER HOCHSCHULAMBULANZ SIND WIR VERPFLICHTET EINE ÜBERWEISUNG ZUR ABRECHNUNG BEI DEN KRANKENKASSEN VORZULEGEN. DIES UNTERSCHIEDET UNS VON PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXEN. OHNE DIE ÜBERWEISUNG KÖNNEN WIR MIT IHRER KRANKENKASSE NICHT ABRECHNEN UND MÜSSEN IHNEN DIE BEHANDLUNG PRIVAT IN RECHNUNG STELLEN.

Bitte geben Sie eine Überweisung mit dem Text **ÜBERWEISUNG AN „HOCHSCHULAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE“** zusammen mit dem Anmeldebogen in der Ambulanz ab!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch Arzt/Ärztin

Bitte geben Sie den Namen / die Praxis an:

☐ Empfehlung durch einen Therapeuten/in

☐ Internet

☐ Freunde/ Bekannte

☐ Sonstiges _____

Angaben zu aktuellen Beschwerden Ihres Kindes

Im Folgenden bitten wir Sie, uns kurz die Beschwerden / Probleme / Krankheit Ihres Kindes anzugeben.

Welche seelischen und/ oder körperlichen Beschwerden hat Ihr Kind? Wie äußern sich diese?

- ☐ Wutanfälle ☐ Erbrechen ☐ Impulsdurchbrüche ☐ Ängste ☐ Schmerzen
- ☐ Traurigkeit ☐ fehlende Motivation ☐ lebensmüde Gedanken
- ☐ selbstverletzendes Verhalten
- ☐ Sonstiges

Bitte schildern Sie die Beschwerden in eigenen Worten:

In welchen Situationen treten die Probleme oder Beschwerden auf? Wann verstärken sie sich? Wodurch werden diese besser?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gab es Zeiten, wo sie nicht da waren?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie eine Vermutung, woher die Beschwerden kommen/ wie sie entstanden sind? Gab es ein bestimmtes Ereignis, einen Auslöser?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, schildern Sie bitte kurz Ihre Vermutung:

Hat Ihr Kind eine körperliche Erkrankung?

☐ Nein

Ja, folgende:

Seit wann?

Wird die Erkrankung behandelt?

☐ Nein

☐ Ja / Durch wen?

Größe:

Gewicht:

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche und wie oft? (mehrmals täglich, täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche/ Monat)

Durch wen wurden die Medikamente verordnet? _____

Substanz

Menge

Wie oft

Angaben zur Krankengeschichte Ihres Kindes

War Ihr Kind in der Vergangenheit bereits in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung oder hatte ein Vorgespräch ("Psychotherapeutische Sprechstunde") bei einem Psychotherapeuten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wann war das? _____

Bei wem? _____

Hat die Therapie geholfen?

☐ Ja

☐ Nein

Ist Ihr Kind zurzeit in psychiatrischer Behandlung in einer Praxis, Klinik oder Ambulanz?

☐ Ja Wo? _____

☐ Nein

War Ihr Kind früher schon einmal in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie?

☐ Nein

☐ Ja, Klinik: _____

In welchem Zeitraum: _____

WENN IHR KIND BEREITS IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAR, BENÖTIGEN WIR ZUSÄTZLICH ZU DIESEM AUFNAHMEBOGEN EINE KOPIE DES ARZTBRIEFES / ENTLASSUNGSBERICHT.

Haben Sie schon einmal anderweitige Unterstützung / Hilfe aufgesucht? (z.B. den Schulsozialdienst, eine Beratungsstelle)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum? _____

Besteht die Unterstützung / Hilfe noch?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, warum nicht?

Angaben zur geplanten Psychotherapie

Was soll sich durch eine Therapie verändern/ verbessern? Welche Hilfe erwarten Sie?

Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden wöchentlich zu einem festen Termin statt.

Bitte geben Sie im Folgenden möglichst genau an, zu welchen Zeiten und Turnus (wöchentlich/regelmäßig) Ihr Kind einen Termin wahrnehmen kann.

Bitte geben Sie hier den frühestmöglichen und den spätmöglichen Termin an!

Montag:		Dienstag:	
Mittwoch:		Donnerstag:	
Freitag:			

Stimmen Sie einer Rückmeldung zu Ihrer Anmeldung per unverschlüsselter E-Mail zu?

☐ Ja ☐ Nein

E-Mail-Adresse:

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie während der möglichen weiterfolgenden Therapie werden von der Charlotte Fresenius Hochschule personenbezogene Daten erhoben und verarbeitet.

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname (erster Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten)

und

hiermit erkläre ich,

Name, Vorname (zweiter Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten)

meine/unsere Einwilligung, dass die nachfolgend genannten personenbezogenen Daten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie während einer möglichen weiterfolgenden Therapie verarbeitet werden dürfen.

Die Erklärung meiner/unserer Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich kann sie ohne Angaben von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte.

Meine vorstehende Einwilligung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Diesen Widerruf kann ich zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen telefonisch, schriftlich oder per E-Mail (Hochschulambulanz-Wiesbaden@charlotte-fresenius-uni.de) erklären.

Weitere Informationen und Hinweise über den Umgang mit Ihren Daten nach Art. 13, DSGVO finden Sie in den anliegenden Datenschutzhinweisen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum, Unterschrift des ersten Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten

Ort, Datum, Unterschrift des zweiten Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten

Sollten wir uns innerhalb von 2 Wochen nicht gemeldet haben, können Sie gerne unter 06 11/ 13 91 97 60 nach dem Bearbeitungsstand fragen.

Anlage: Erklärung zum Sorgerecht

Liebe Sorgeberechtigte,

wir bitten Sie, uns im Folgenden Auskunft über das Sorgerechtsverhältnis bezüglich Ihres Kindes zu erteilen. Wir sind dazu verpflichtet, für Kinder die jeweiligen Sorgerechtsverhältnisse zu klären und benötigen - je nach Sorgerechtsverhältnis - bestimmte Einverständniserklärungen, um Ihr Kind untersuchen und behandeln zu können. Daher sind die für gemeinsames beziehungsweise alleiniges Sorgerecht jeweils fett markierten Erklärungen eine zwingende Voraussetzung für eine Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule.

☐ **Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind. (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)**

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden,

dass unser Kind in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule nicht möglich ist.

Wir sind außerdem damit einverstanden,

dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil von der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule Auskunft über die Untersuchungen beziehungsweise Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, für den Fall des Widerrufs eine Weiterbehandlung unseres Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule jedoch regelmäßig nicht mehr möglich ist, sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen.

☐ **Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule von**
(ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

☐ **der Mutter / des erstem Sorgeberechtigten / gesetzliche Vertretung**

☐ **dem Vater / des zweitem Sorgeberechtigten / gesetzliche Vertretung**

alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs können dann rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind nur von beiden Elternteilen gemeinsam abgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift des erstem Sorgeberechtigten / gesetzliche Vertretung

Ort, Datum

Unterschrift des zweitem Sorgeberechtigten / gesetzliche Vertretung

☐ **Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind. (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule nicht möglich ist.

- ☐ Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der **nicht sorgeberechtigte Elternteil** unabhängig von mir von der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) erhalten darf. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der nicht sorgeberechtigte Elternteil erhält dann von der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule keinerlei Auskunft mehr zu dem Kind. **(ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)**

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an: Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule, Luisenstraße 28, 65185 Wiesbaden.