

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

für Kinder & Jugendliche

PERSÖNLICHE ANGABEN	
Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Telefonnummer PatientIn	
Schule/Ausbildung	
Anzahl & Alter Geschwister	
Krankenkasse/Hauptversicherte*r	

ADRESSE	
Name/Vorname der Eltern	Mutter:
	Vater:
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

KONTAKT		AB/MAILBOX BESPRECHEN ERLAUBT?
Festnetz	Mutter:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
	Vater:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Mobilfunknummer	Mutter:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
	Vater:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
E-Mail	Mutter:	
	Vater:	

Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden Ihres Kindes:

Gibt oder gab es Besonderheiten in der Entwicklung (ab Schwangerschaft bis jetzt)?

Gab es im Leben Ihres Kindes besondere/belastende Lebensereignisse?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Umzug | <input type="checkbox"/> Mobbing Erfahrung |
| <input type="checkbox"/> Schulwechsel | <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Hat oder hatte Ihr Kind Suizidgedanken?

- Nein Ja

Bitte beschreiben Sie die Gedanken kurz:

Hat Ihr Kind jemals einen Suizidversuch begangen?

- Nein Ja

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?

- Nein Ja Wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz:

Wie regelmäßig kommt es vor?

Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol?

- Nein Ja

Was trinkt Ihr Kind und wie viel durchschnittlich?

Raucht Ihr Kind?

- Nein Ja

Wie viel durchschnittlich?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Drogen?

- Nein Ja

Was konsumiert Ihr Kind und wie viel durchschnittlich?

Welche Medien konsumiert Ihr Kind?

In welchem Umfang?

Ist Ihr Kind bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

Nein Ja

Wenn ja, wo und wie lange? _____

War Ihr Kind in der Vergangenheit in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung?

Nein Ja

Wenn ja, wo und wie lange? _____

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:

E-Mail: Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, das heißt der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen auf der 1. Seite Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.

SMS: Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.

WhatsApp: Wenn Sie mit einer Kommunikation über WhatsApp einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Die Inhalte der zwischen über WhatsApp ausgetauschten Nachrichten sind verschlüsselt und können nicht von Dritten, insbesondere nicht durch das Unternehmen WhatsApp, gelesen werden. Allerdings können die weiteren Umstände der Kommunikation (sogenannte Meta-Daten), zum Beispiel wann Sie uns eine Nachricht geschrieben haben, von Dritten ausgewertet werden. Nähere Informationen erhalten Sie in den Datenschutzhinweisen von WhatsApp. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine Nachrichten über WhatsApp mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (*bitte mindestens 1 auswählen*):

E-Mail

Festnetz

Mobilfunknummer

Für die Kommunikation mit meiner internen Weiterbehandlerin während der Psychotherapie bin ich darüber hinaus zusätzlich mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

SMS

WhatsApp

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten/der jugendlichen Person

Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)

Mit der Weitergabe der Informationen und Daten an die Weiterbehandlerin bin ich einverstanden. Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Therapieplatzes.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten/der jugendlichen Person