

Anmeldebogen zur Psychotherapie

Datum: _____

Nachname des Kindes/Jugendlichen _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ/Wohnort _____ Handy Kind / Jugendlicher _____

Kindergarten / Schule / Klasse / Beruf _____

Krankenkasse: gesetzlich privat Hauptversicherte(r): Mutter Vater Jugendlicher

Behandelnder Arzt _____

Mein Kind darf vor der Türe warten, wenn ich noch nicht da bin

Unterschrift _____

Angaben zur Familie

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Beruf | Handy |
|---------------|--------------|-------|-------|
|---------------|--------------|-------|-------|

Mutter

Vater

| | | | |
|--|---|---------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ein Paar seit _____ bis _____ | <input type="checkbox"/> Getrennt seit _____ | Neuer Partner | <input type="checkbox"/> Verwitwet seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Verheiratet seit _____ | <input type="checkbox"/> Geschieden seit _____ | | <input type="checkbox"/> Mutter seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Sorgerecht | <input type="checkbox"/> Gemeinsames Sorgerecht | | |
| | <input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht | | |

Anschrift (wenn abweichend) _____

Das Kind lebt zusammen mit Mutter Vater Wohngruppe Sonstiges

Geschwisterreihenfolge (auch Stiefgeschwister) mit Geburtsdatum von

| 1. | Geburtsdatum ältestes Kind | Schulart |
|----|----------------------------|----------|
| 2. | Geburtsdatum | |
| 3. | Geburtsdatum | |
| 4. | Geburtsdatum | |
| 5. | Geburtsdatum | |

Frühere therapeutische Beratungen oder Psychotherapien

Therapie innerhalb der letzten 2 Jahre Therapie länger als 2 Jahre her
Art _____

Wann _____

Wer war der Behandler _____

Anlass _____

Klinikaufenthalte? Wann? _____ Anlass _____

Termine

Hohlstunde/n am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

Mittagsschule:

Montag bis _____ Uhr Dienstag bis _____ Uhr Mittwoch bis _____ Uhr Donnerstag bis _____ Uhr Freitag bis _____ Uhr

Anlass für Ihre Anmeldung

Wann ungefähr sind die aktuellen Probleme erstmalig aufgetreten? Sehen Sie einen Zusammenhang mit einem besonderen Ereignis innerhalb oder außerhalb der Familie?

1. Mal:

Verlauf:

Sind derartige Schwierigkeiten in der Familie bereits bekannt?

ja nein

Wenn ja, bei wem und seit wann? _____

Körperliche Erkrankungen in der Vergangenheit

Krankenhausaufenthalte

___OPs

Nehmen Sie (Jugendlicher) / Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche und wie dosiert?