

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

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

ADRESSE

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

KONTAKT

AB BESPRECHEN?

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?

- Umzug Mobbing Erfahrung
 Schulwechsel Trennung der Eltern
 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 Datenschutzzinformationen 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

Schweigepflichtentbindungserklärung (§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