

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN



Name			
Vorname			
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ 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:	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht vorhanden
	Vater:	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht vorhanden
Mobilfunknummer	Mutter:	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht vorhanden
	Vater:	☐ Ja	☐ Nein	☐ 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 Datenschutzinformationen 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