

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

Ein Paar seit _____ bis _____ Getrennt seit _____ Verheiratet seit _____ Geschieden seit _____

Sorgerecht Gemeinsames Sorgerecht Alleiniges Sorgerecht

Neuer Partner Mutter seit _____ Vater seit _____ Verwitwet seit _____

Anschrift (wenn abweichend) _____

Das Kind lebt zusammen mit Mutter Vater Wohngruppe Sonstiges

Geschwisterreihenfolge (auch Stiefgeschwister) mit Geburtsdatum von

	Geburtsdatum ältestes Kind	Schulart
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

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?

Sind derartige Schwierigkeiten in der Familie bereits bekannt?

ja nein

Wenn ja, bei wem und seit wann? _____

Schwerwiegende körperliche Erkrankungen

- Krankenhausaufenthalte
- ___ OPs

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

ja nein

Wenn ja, welche und wie dosiert?