

Anmeldeformular für Erstgespräch

Liebe Patienten, liebe Eltern,

bitte bringen Sie das Anmeldeformular vollständig ausgefüllt zum vereinbarten Erstgespräch mit.

Patient/-in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Krankenkasse: _____

Kindergarten, Schule, Ausbildung & Studium:

Kindergarten Grundschule Förderschule Haupt-/Mittelschule

Realschule Gymnasium Klasse: _____

Ausbildung als: _____ Studium: _____

Hauptversicherter

Patient/-in Mutter Vater _____

Eltern (Angaben, falls Patient/-in jünger als 18 Jahre)

Mutter:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Sorgerecht: beide Eltern nur Mutter

Vater:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

nur Vater

Vormund/ Jugendamt

Vorstellungsanlass (Bitte schildern Sie kurz in Stichworten, warum Sie sich oder Ihr Kind angemeldet haben)



Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Patient / gesetzlicher Vertreter bei Patienten unter 18 Jahren

Eltern: (Angaben, falls Patient/-in jünger als 18 Jahre)

Hiermit erklären wir uns mit der Behandlung unseres Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie & Supervision von Herrn Dr. phil. Andreas Reichert einverstanden.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter bei Patienten unter 18 Jahren

Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter bei Patienten unter 18 Jahren

Patient: (Angaben, falls Patient/-in volljährig)

Hiermit erkläre ich mich mit der Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie & Supervision von Herrn Dr. phil. Andreas Reichert einverstanden.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Patient

Was bringe ich zum ersten Termin mit?

- Ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular
- Ausgefüllter Symptomfragebogen
- Versicherungskarte der/des Patientin/-en
- Gelbes Untersuchungsheft
- Wichtige Arztbriefe/ Therapieberichte/ Vorbefunde in Kopie
- Bei Schülern: Zeugnisse in Kopie
- Ggf. Name und Dosierung von aktuellen und bisher eingenommenen Medikamenten

Symptomfragebogen (Nennen Sie ggf. Beispiele)

Liebe Patienten, liebe Eltern,

im Folgenden finden Sie eine Liste möglicher Symptome. Bitte geben Sie an, welche auf Sie als Patient bzw. auf Ihr Kind zutreffen.

Haben Sie/ Hat Ihr Kind häufig Konzentrationsprobleme? O nein

O ja, und zwar _____

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig, ungeduldig oder impulsiv? O nein

O ja, und zwar _____

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig ängstlich? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind häufig plötzliche Stimmungsschwankungen? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind soziale Probleme (in Gruppen, bzgl. Regelverhalten etc.)? O nein

O ja, und zwar _____

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig niedergeschlagen, unglücklich oder antriebslos? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind bisweilen „zwanghaftes“ Verhalten (z.B. häufiges Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren)? O nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie bei sich/ Ihrem Kind Bewegungen oder Laute beobachtet, die schwer zu unterdrücken und zu kontrollieren sind (z.B. Zuckungen im Gesicht, häufiges Räuspern)? O nein

O ja, und zwar _____

Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung? O nein

O ja, und zwar _____



Liegen häufig körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit etc. vor? ja nein

O ja, und zwar _____

Hatten Sie/ Hat Ihr Kind spezielle Schwierigkeiten bei schulischen Leistungen (beim Rechtschreiben, Lesen, Rechnen)? ja nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat Ihr Kind Probleme bezüglich des Schlafens (Einschlafen, Durchschlafen)? ja nein

O ja, und zwar _____

Haben Sie/ Hat ihr Kind Probleme bezüglich des Essens (z.B. verminderter Appetit, Nahrungseinschränkung, Essattacken)? ja nein

O ja, und zwar _____

Hatten Sie/ Hat Ihr Kind Besonderheiten im Spielverhalten und/oder außergewöhnliche Interessen? ja nein

O ja, und zwar _____

Besteht bei Ihnen/ Ihrem Kind ein übermäßiger Medienkonsum? ja nein

O ja, und zwar _____

Besteht bei Ihnen/ Ihrem Kind ein regelmäßiger oder übermäßiger Konsum von Alkohol, Zigaretten oder sonstiger Drogen? ja nein

O ja, und zwar _____

Gibt es plötzliche Verhaltensveränderungen in Folge eines einschneidenden Ereignisses/ Erlebnisses? ja nein

O ja, und zwar _____

Vielen Dank!