

Patientenaufnahme Kinder und Jugendliche

Herzlich willkommen am DGVT Ausbildungszentrum! Liebe Eltern, bitte nehmen Sie sich Zeit, um den nachfolgenden Aufnahmebogen für Ihr Kind **vollständig** auszufüllen. Liebe Jugendliche, wenn Ihr den Fragebogen gerne selbst ausfüllen möchtet, dann fühlt Euch bitte von den Fragen direkt angesprochen. Wir schätzen anschließend anhand der Angaben ein, ob die Beschwerden Ihres Kindes bei uns angemessen behandelt werden können. Sobald Sie uns den Fragebogen zugeschickt haben, nehmen wir Ihr Kind gerne auf unsere Warteliste für einen Therapieplatz auf. Lediglich bei Unklarheiten oder Rückfragen melden wir uns nochmals telefonisch bei Ihnen. Auf unserer Homepage können Sie sich darüber informieren, mit welchen Wartezeiten Sie aktuell rechnen müssen. Sobald ein Platz für Ihr Kind zur Verfügung steht, erhalten Sie telefonisch einen Termin für ein Erstgespräch. Sollte es nach diesem Gespräch bereits eine Passung mit dem/der PsychotherapeutIn geben, können i.d.R. direkt nahtlos weitere Termine vereinbart werden.

Datum: _____

Anmeldung für einen Therapieplatz in der Ambulanz Augsburg Bad Tölz München

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

Namen der Erziehungsberechtigten: _____

Sorgerecht liegt bei: _____

Familiäre Situation, Kind/Jugendliche/r lebt bei: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ und Ort: _____

Telefonnummern: PatientIn: _____ Mutter: _____ Vater: _____

Besprechen von Anrufbeantworter/Mailbox erlaubt? Nein Ja nicht vorhanden

Gesetzliche Krankenkasse:

versichert bei:

Gesetzlicher Betreuer vorhanden? Nein Ja

Vorstellungsgrund/ Beschwerden: _____

Gab oder gibt es Suizidgedanken? Nein Ja

Wann zuletzt: _____

Gab es bereits einen Suizidversuch? Nein Ja

Wann: _____

Sind Sie sich aktuell sicher, dass sich Ihr Kind **nichts** antun würde/ Bist Du dir aktuell ganz sicher, dass Du dir **nichts** antun würdest? Nein Ja

Gibt es selbstverletzendes Verhalten? Nein Ja

Welcher Art: _____

Gab es Psychosen/manische Phasen? Nein Ja

Wann Zuletzt: _____

Gibt es eine/n Kinder- und Jugendarzt/Ärztin Deines/Ihres Vertrauens? Nein Ja

Name: _____

Werden Medikamente eingenommen? Nein Ja

Name, Dosierung: _____

Gibt es Konsum von Alkohol? Nein Ja

Menge, Häufigkeit des Konsums: _____

Gibt es Konsum von illegalen Drogen? Nein Ja

Art, Menge, Häufigkeit des Konsums: _____

Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine ambulante Psychotherapie durchgeführt?

Nein Ja Art (Verhaltenstherapie/Psychoanalyse/tiefenpsychologisch/systemisch),

Dauer, Anzahl der Sitzungen: _____

Gab es innerhalb der letzten 2 Jahre stationäre Behandlungen aufgrund von psychischen Belastungen? Nein Ja

Einrichtung, Dauer: _____

Zu welchen Zeiten ist es Dir/ Ihrem Kind auf längere Sicht möglich, einen festen Termin wahrzunehmen (i.d.R. ein Termin pro Woche über einen Zeitraum von 6-18 Monate)?

Wochentage und Uhrzeiten: _____

Bitte, männlicher Therapeut weibliche Therapeutin egal

Gerne kannst Du/ können Sie Dokumente von ÄrztInnen oder aus Klinikaufenthalten direkt mitschicken oder dann zum Erstgespräch mitbringen.

Diesen Bogen und weitere Unterlagen senden Sie bitte an:

dgyt-AusbildungsAkademie
Candidplatz 9
81543 München

oder per Fax:

089 - 444889599