

# Patientenaufnahme Kinder und Jugendliche

Herzlich willkommen am DGVT München ABZ! 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 Psychotherapeut/in geben, können i.d.R. direkt nahtlos weitere Termine vereinbart werden.

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

*Diesen Bogen und weitere Unterlagen senden Sie bitte an:*

**DGVT München ABZ GmbH & Co. KG**  
Candidplatz 9 ♦ 81543 München

**oder per Fax unter: 089 - 444 88 95 99**

Datum: \_\_\_\_\_

Anmeldung für einen Therapieplatz in der Ambulanz  München  Augsburg

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 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