

Liebe Sorgeberechtigten, bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um den nachfolgenden Aufnahmebogen für Ihr Kind **vollständig und leserlich** auszufüllen. Liebe Jugendliche, wenn Ihr den Fragebogen gerne selbst ausfüllen möchtet, dann fühlt Euch bitte von den Fragen direkt angesprochen.

Wir schätzen anhand der Angaben ein, ob die Beschwerden bei uns angemessen behandelt werden können.

Bitte füllen Sie die beigegefügte **Sorgerechtsklärung** aus und schicken sie direkt mit oder bringen sie zum Erstgespräch mit.

Sobald Sie uns den Fragebogen zugeschickt haben, nehmen wir die betroffene Person automatisch 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 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.

Dokumente von ÄrztInnen oder aus Klinikaufenthalten können ebenfalls direkt mitgeschickt oder zum Erstgespräch mitgebracht werden.

bitte per Post an
DGVT München ABZ
Candidplatz 9
81543 München

oder per Fax unter
089 – 444 88 95 99

Anmeldung für einen Therapieplatz in der Ambulanz München am: _____ (Datum)

PatientIn

Name _____ Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich divers Geburtsdatum _____

Namen der Erziehungsberechtigten _____

Sorgerecht liegt bei _____

PatientIn lebt bei _____

Adresse

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummern

PatientIn _____

Mutter _____ Vater _____

Ist das Besprechen von Anrufbeantworter/Mailbox erwünscht? Nein Ja nicht vorhanden

Gesetzliche Krankenkasse _____

versichert bei _____

Gesetzlicher Betreuer vorhanden? Nein Ja

Vorstellungsgrund/ Beschwerden: _____

Gab oder gibt es **Suizidgedanken**? Nein Ja, zuletzt _____ (Wann?)

Gab es bereits einen **Suizidversuch**? Nein Ja, am/vor _____ (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

Wenn ja, welcher Art _____

Gab es **Psychosen/Manische Phasen**? Nein Ja

Wenn ja, wann Zuletzt _____

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

Wenn ja, Name _____

Werden **Medikamente** eingenommen? Nein Ja

Wenn ja, Name, Dosierung _____

Gibt es Konsum von **Alkohol**? Nein Ja

Wenn ja, Menge und Häufigkeit des Konsums _____

Gibt es Konsum von **illegalen Drogen**? Nein Ja

Wenn ja, Art, Menge und Häufigkeit des Konsums _____

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

Wenn ja, welche Fachrichtung Verhaltenstherapie Psychoanalyse tiefenpsychologisch systemisch

Dauer und Anzahl der Sitzungen _____

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

Nein Ja, in _____ (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 _____

männlicher Therapeut

weibliche Therapeutin

keine Präferenz

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Klärung der Sorgeberechtigung

Name, Vorname des/der 1. Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der 1. Sorgeberechtigten

Name, Vorname des/der 2. Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der 2. Sorgeberechtigten

Es besteht das:

- gemeinsame Sorgerecht zusammen lebend
 gemeinsame Sorgerecht getrennt lebend
 alleinige Sorgerecht der Mutter / des Vaters
 eine andere Sorgerechtsregelung: _____

Vollmacht des/der Sorgeberechtigten:

Ich, _____, bevollmächtige hiermit Herrn/Frau _____ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes im **DGVT München ABZ** notwendig sind.

Wir bevollmächtigen uns hiermit gegenseitig Erklärungen in unser beider Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes im **DGVT München ABZ** notwendig sind.

Dies gilt insbesondere für Erklärungen gegenüber der Institutsleitung, dem/der zuständigen Supervisor*in, dem/der behandelnden Psychotherapeut*in, der Krankenkasse und den mitbehandelnden Ärzt*innen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind beim **DGVT München ABZ** zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den/die Patient*in personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines/einer etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem **DGVT München ABZ** umgehend mit.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
1. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der
2. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der
Patienten/-in (14-16 Jahre)

Patient*innen, die das 16. Lebensjahr bereits vollendet haben

Ich erkläre hiermit, dass ich mich beim **DGVT München ABZ** zur Diagnostik und Therapie vorstellen möchte. Mit der Information an meine Sorgeberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie bin ich

- einverstanden nicht einverstanden
 Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patient*in

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes beim **DGVT München ABZ** aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und geben Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an.

Aufsichtspflicht: Während des Aufenthalts beim **DGVT München ABZ** sind Sie selbst für die Aufsichtspflicht Ihres Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeit und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb des **DGVT München ABZ**, in der Sie Ihr Kind selbst betreuen. Das bedeutet, dass Sie für den sicheren Weg des Kindes zur Institutsambulanz/Lehrpraxis und nach der Therapie nach Hause verantwortlich sind, sowie dafür sich gegebenenfalls in räumlicher Nähe aufzuhalten.