

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.