



DR. ANNE HELLMANN

Praxis für Psychotherapie

Kinder | Jugendliche | Junge Erwachsene

Aufnahmebogen

Sie sind interessiert an einer Diagnostik und Therapie in meiner psychotherapeutischen Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Um Ihnen den Zugang zu meiner Praxis zu erleichtern, stelle ich Ihnen diesen Fragebogen zur Verfügung.

Ziel des Fragebogens ist es, notwendige Daten von Ihnen bzw. Ihrem Kind im Vorfeld zu erfragen. Gleichzeitig ist es die Absicht, bereits Einblick in die Symptomatik und den Vorstellungsanlass zu bekommen. Die angegebenen Informationen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Sie können den vollständig ausgefüllten Fragebogen postalisch an die unten angegebene Adresse oder per E-Mail an kontakt@psychotherapie-hellmann.com senden.¹ Nach Eingang Ihrer Unterlagen melde ich mich bei freien Therapieplätzen bei Ihnen zur Terminvereinbarung für ein Erstgespräch, bis dahin nehme ich Sie auf die Warteliste auf.

ausgefüllt von: Patient/in Mutter Vater sonstige: _____

Von wem haben Sie diesen Fragebogen?: _____

Angaben zur Patientin/zum Patienten:

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> _____
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Ort		
_____ eigene Telefonnummer (falls vorhanden)	_____ eigene E-Mail-Adresse (falls vorhanden)		
gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/>	_____ Name Krankenversicherung		
aktuell besuchte Einrichtung: <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Ausbildung	_____ Name Einrichtung/Art der Ausbildung	_____ Klasse/Stufe	

behandelnder Kinder-/Hausarzt:

Name, Vorname, Praxis

Adresse

Telefon, Fax

Kinder-/Jugendpsychiater: (falls dort vorstellig)

Name, Vorname, Praxis

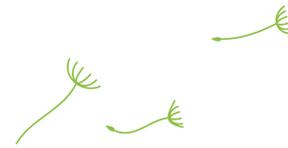
Adresse

Telefon, Fax

aktuelle Medikation:

(falls vorhanden) _____
Medikament _____
Dosierung

¹ Ich möchte Sie für den Fall der Kontaktaufnahme per E-Mail ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Datenübertragung im Internet Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.



weitere für die Behandlung wichtige Bezugspersonen (z.B. Adoptiveltern, Stiefeltern, Lebenspartner):

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Schulabschluss	erlernter Beruf	derzeitiger Beruf

ggf. abweichende Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
_____	_____	_____
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Beziehung zum Kind (Adoptivelternteil, Lebenspartner von...)

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Schulabschluss	erlernter Beruf	derzeitiger Beruf

ggf. abweichende Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
_____	_____	_____
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Beziehung zum Kind (Adoptivelternteil, Lebenspartner von...)

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Schulabschluss	erlernter Beruf	derzeitiger Beruf

ggf. abweichende Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
_____	_____	_____
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Beziehung zum Kind (Adoptivelternteil, Lebenspartner von...)

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Schulabschluss	erlernter Beruf	derzeitiger Beruf

ggf. abweichende Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
_____	_____	_____
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Beziehung zum Kind (Adoptivelternteil, Lebenspartner von...)



aktueller Vorstellungsgrund: Bitte schildern Sie kurz die Gründe für die Anmeldung in meiner Praxis und warum Sie sich gerade zum jetzigen Zeitpunkt anmelden.

bisherige Behandlung: Gab es bereits eine psychotherapeutische Behandlung? Wenn ja, wann wurde sie beendet und wo fand sie statt?

nein ja Datum des letzten Termins: _____ bei: _____

Jugendamt: Gab oder gibt es Kontakt zum zuständigen Jugendamt?

nein ja Gab/Gibt es bewilligte Hilfen? Wenn ja, welche?: _____

Innerfamiliäre Belastungen: Gab oder gibt es akute innerfamiliäre Belastungen? Wenn ja, welche?
(z.B. Konflikte, Trennungen, Erkrankungen, Tod, Belastungen einzelner Familienmitglieder)

Was sind die **Ziele**, die in der Therapie erreichen werden sollen?

Ergänzungen: Bitte fügen Sie wichtige Ergänzungen bei Bedarf an.