

## Anmeldebogen für Jugendliche

---

Im Folgenden bitte ich Dich, Fragen über Deine Person, Deine derzeitigen Beschwerden, bisherige Behandlungen und frühere Krankheiten zu beantworten. Dieser Anmeldebogen hilft mir Deine Situation besser zu verstehen

Wichtig: Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können eine Psychotherapie in der Regel auch Einverständnis ihrer Eltern beantragen.

Selbstverständlich unterliegen Deine Antworten der Schweigepflicht und werden von mir streng vertraulich behandelt. Ohne Dein Einverständnis darf ich niemandem von dem was Du mir erzählst berichten. Die Schweigepflicht gilt auch Deinen Eltern gegenüber.

Ich freue mich Dich dann persönlich kennen zu lernen!

Viele Grüße,

Tobias Brauer

---

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

---

## Persönliche Angaben

---

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

Du lebst bei \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden mit der Praxis für Psychotherapie – Tobias Brauer per

E-Mail (Mailadresse \_\_\_\_\_)

WhatsApp (Rufnummer \_\_\_\_\_)

zu kommunizieren. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Vorstellungsanlass

---

Bitte schildere die Probleme und Schwierigkeiten, weshalb Du Hilfe suchst:

Welcher Auslöser führte zu Deinem Entschluss Hilfe zu suchen?

Hast Du eine Vermutung woher die Beschwerden kommen oder wie sie entstanden sind? Gab es ein bestimmtes Ereignis?

Wenn ja, erkläre bitte kurz Deine Vermutung:

Was sind Deine Ziele für die Psychotherapie?

Wo und wann wurdest Du wegen der augenblicklichen Probleme schon mal behandelt bzw. wo hast du schon mal Hilfe gesucht (z.B. Erziehungsberatung, Kinderarzt, Ergotherapie, Schulpsychologe)?

Warst Du wegen psychischer Schwierigkeiten schon mal in Behandlung?

Wenn ja, Zeitpunkt, Grund, Dauer und Erfolg der Behandlung.

Nimmst Du zur Zeit Medikamente (auch hormonelle Antikonzeptiva wie z.B. Pille, Hormonspirale)? Wenn ja, welche, wann und in welcher Dosis?

Hast du körperliche Erkrankungen? Welche? Seit wann? Wird die Erkrankung behandelt? Durch wen?

Nimmst Du aktuell oder hast Du früher Drogen/Suchtmittel genommen? (Wie z.B. Alkohol, Tabak, Cannabis, Amphetamine, Kokain, Heroin, Schnüffelstoffe, Pilze etc.?) Wenn ja, was? Wie oft? Wie viel? Von wann bis wann? Wann zuletzt?

### Angaben zur leiblichen Mutter

---

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung

\_\_\_\_\_

Jetziger Beruf

Stelle bitte Deine Beziehung zu Deiner Mutter früher und heute dar:

### Angaben zum leiblichen Vater

---

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung

\_\_\_\_\_

Jetziger Beruf

Stelle bitte Deine Beziehung zu Deinem Vater früher und heute dar:

## Angaben zur Familie

---

Hast Du Geschwister? Wenn ja, bitte notiere das Alter:

Schwestern    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_                      Brüder                      \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Wie ist das Verhältnis zu Deinen Geschwistern?

Wie ist die Stimmung in Deiner Familie?

## Kindergarten

---

Hast Du einen Kindergarten besucht?     Ja     Nein

Wie war der Kontakt zu den anderen Kindern? An was erinnerst Du dich noch?

## Schule

---

Name der Schule und Schulform: \_\_\_\_\_

Welche Klasse besuchst Du?    \_\_\_\_\_ Klasse

Wie sind im Durchschnitt deine schulischen Leistungen?

sehr gut     gut     befriedigend     ausreichend     mangelhaft

Wie geht es Dir mit Deinen Mitschülern und Lehrern?

## Freunde und Freizeit

---

Wie geht es Dir mit Deinen Freunden? Was machst Du in Deiner Freizeit?

## Belastende Erfahrungen

---

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hat jemand Dir gegenüber ein wichtiges Versprechen gebrochen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurdest Du von jemandem, der Dir nahesteht, im Stich gelassen als Du ihn/sie dringend gebraucht hättest?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Dich jemand in einer wichtigen Angelegenheit hintergangen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat jemand irgendeine Art Beziehung mit Dir beendet, obwohl Du diese Beziehung weiterführen wolltest?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurdest Du jemals (körperlich oder verbal) tyrannisiert?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurdest Du jemals seelisch oder körperlich vernachlässigt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurdest Du jemals aufgrund Deiner Rasse, Deines Geschlechts, Deiner körperlichen Eigenschaften, Deiner Fähigkeit anders als andere behandelt?     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurdest Du in einer Liebesbeziehung schon einmal betrogen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Dich jemand von etwas ausgeschlossen, bei dem Du unbedingt mitmachen (dabei sein) wolltest?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat jemand hinter Deinem Rücken verletzende Dinge über Dich gesagt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du Dich über einen längeren Zeitraum hinweg sehr einsam gefühlt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Dich jemand absichtlich gedemütigt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hattest Du jemals starke Liebesgefühle für jemanden, der diese nicht erwidert hat?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hattest Du über längeren Zeitraum hinweg starkes Heimweh?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Dich jemand seelisch oder körperlich misshandelt (z.B. verletzende Dinge gesagt oder getan)?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast Du Dich jemals über einen längeren Zeitraum hinweg von den Menschen aus Deinem Umfeld isoliert gefühlt (in der Schule, bei der Arbeit usw.)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat jemand, der Dir nahesteht, Selbstmord begangen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Warst Du Zeuge, wie jemand, der Dir nahesteht, seelisch oder psychisch misshandelt wurde?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Beschreibe für Dein Problem wichtige Ereignisse, die von den vorhergehenden Fragen noch nicht berücksichtigt wurden.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!