

Tobias Brauer – Landhausstr. 6 – 88299 Leutkirch i. A.

Tobias Brauer
Landhausstr. 6
88299 Leutkirch i. A.

Anmeldebogen

Liebe Eltern,
wenn Sie Ihr Kind bei mir vorstellen möchten, bitte ich Sie mir den ausgefüllten Anmeldebogen zuzusenden.

Bitte lesen Sie sich auch die Informationen zum Ablauf einer Psychotherapie und den Rahmenbedingungen in der *Praxisinformation* sowie die *Information für PatientInnen der gesetzlichen Krankenkassen* durch. Auch diese Informationen finden Sie unter www.psychotherapiebrauer.de/erstgesprach zum Herunterladen.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von mir streng vertraulich behandelt.

Für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung ist es notwendig, dass alle Sorgeberechtigten eines Kindes mit der Behandlung einverstanden sind. Bitte bringen Sie die beigefügte *Einverständniserklärung zur psychotherapeutischen Behandlung* zum Erstgespräch mit. Ein erstes Gespräch mit einem Elternteil allein kann auch ohne die vorherige Zustimmung des anderen Elternteils erfolgen. Die Einverständniserklärung wird spätestens dann benötigt, wenn ich Ihr Kind kennen lerne.

Bei Jugendlichen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, wird die Einverständniserklärung nicht mehr benötigt und können eine Psychotherapie auch ohne Kenntnis ihrer Eltern beantragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Tobias Brauer

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung von allen sorgeberechtigten Personen unterschrieben spätestens zum ersten Termin mit!

Ohne das Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen darf ich ihr Kind (**unter 15 Jahre**) nicht kennen lernen.

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir

Mutter _____, geb. am _____
Name Vorname

Vater _____, geb. am _____
Name Vorname

ggf. weitere sorgeberechtigte Person

_____, geb. am _____
Name Vorname

uns einverstanden, dass mein/unser/das Kind

_____, geb. am _____,
Name Vorname

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Praxis Tobias Brauer *vorgestellt und diagnostiziert* werden darf.

Das Sorgerecht liegt gemeinsam alleinig
bei Mutter Vater _____

Mit meiner/unseren Unterschrift/n erkläre/n ich/wir, die Richtigkeit der Angaben bezüglich des Sorgerechts. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir umgehend mit.

Ich/Wir bestätige/n folgende Unterlagen erhalten zu haben

- *Praxisinformation*¹ der Praxis für Psychotherapie von Tobias Brauer
- *Ambulante Psychotherapie in der gesetzliche Krankenversicherung (PTV10)* und

Den dort genannten Regelungen (insbes. **Schweigepflicht, Ausfallhonorar und Einwilligung bezüglich des Ausfalls des Therapeuten**) stimme/n ich/wir zu.

Ort und Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter

Ort und Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

Ort und Datum

Unterschrift ggf. weitere sorgeberechtigte Person

¹ Stand 22.01.2021

Tobias Brauer

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Angaben zum Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Name des Kinder-/Hausarztes

Angaben zum Vater

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon/Handy

Adresse, falls abweichend zu Kind:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Angaben zur Mutter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon/Handy

Adresse, falls abweichend zu Kind:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

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 beschreiben Sie die Probleme und Schwierigkeiten, weshalb Sie Hilfe suchen.

Was ist der unmittelbare Grund, weshalb Sie Ihr Kind jetzt zur Therapie anmelden möchten?

Wann sind die Probleme zum ersten Mal aufgetreten und wie sie sich bis heute entwickelt?

Was denken Sie, womit die Probleme Ihres Kindes zu tun haben könnten?

Was sind Ihre Ziele für die Psychotherapie ihres Kindes?

Was gefällt Ihnen an ihrem Kind besonders?

Was finden Sie schwierig im Umgang mit ihrem Kind?

Bitte schildern Sie die Beziehung zu ihrem Kind früher und heute?

Gibt es schwere Belastungen (z.B. körperliche/psychische Erkrankungen, traumatische Lebensereignisse) in der Lebensgeschichte Ihres Kindes?

Wo und wann wurde ihr Kind wegen der augenblicklichen Probleme bzw. Erkrankung schon mal vorgestellt (z.B. Erziehungsberatung, Kinderarzt, Ergotherapie, Schulpsychologe)?
Wurden bereits Psychopharmaka verschrieben, falls ja, welche und wann?

Bitte legen Sie ggf. eine Kopie der Befundberichte bei.

Nur bei getrenntlebenden Eltern:

Das Kind lebt bei _____

Bitte schildern Sie die Gründe für die Trennung. Von wem ging die Trennung aus? Wer wollte die Trennung?

Gab/gibt es gerichtliche Auseinandersetzungen um Sorgerecht oder Aufenthaltsbestimmung?

nein ja

Bitte beschreiben Sie ggf. die Gründe der Auseinandersetzung und die gerichtliche Entscheidung

Hat das Kind Kontakt zum getrenntlebenden Elternteil? Bitte schildern Sie die Umgangsregelung und die Gründe hierfür.

nein; Weshalb? ja; Häufigkeit/Regelmäßigkeit des Kontakts:

Gibt es neue Partnerschaften/Beziehungen der Eltern? Bitte beschreiben Sie ggf. auch die Beziehung des Kindes zu diesen.

Fragen für das Kind: Belastende Erfahrungen

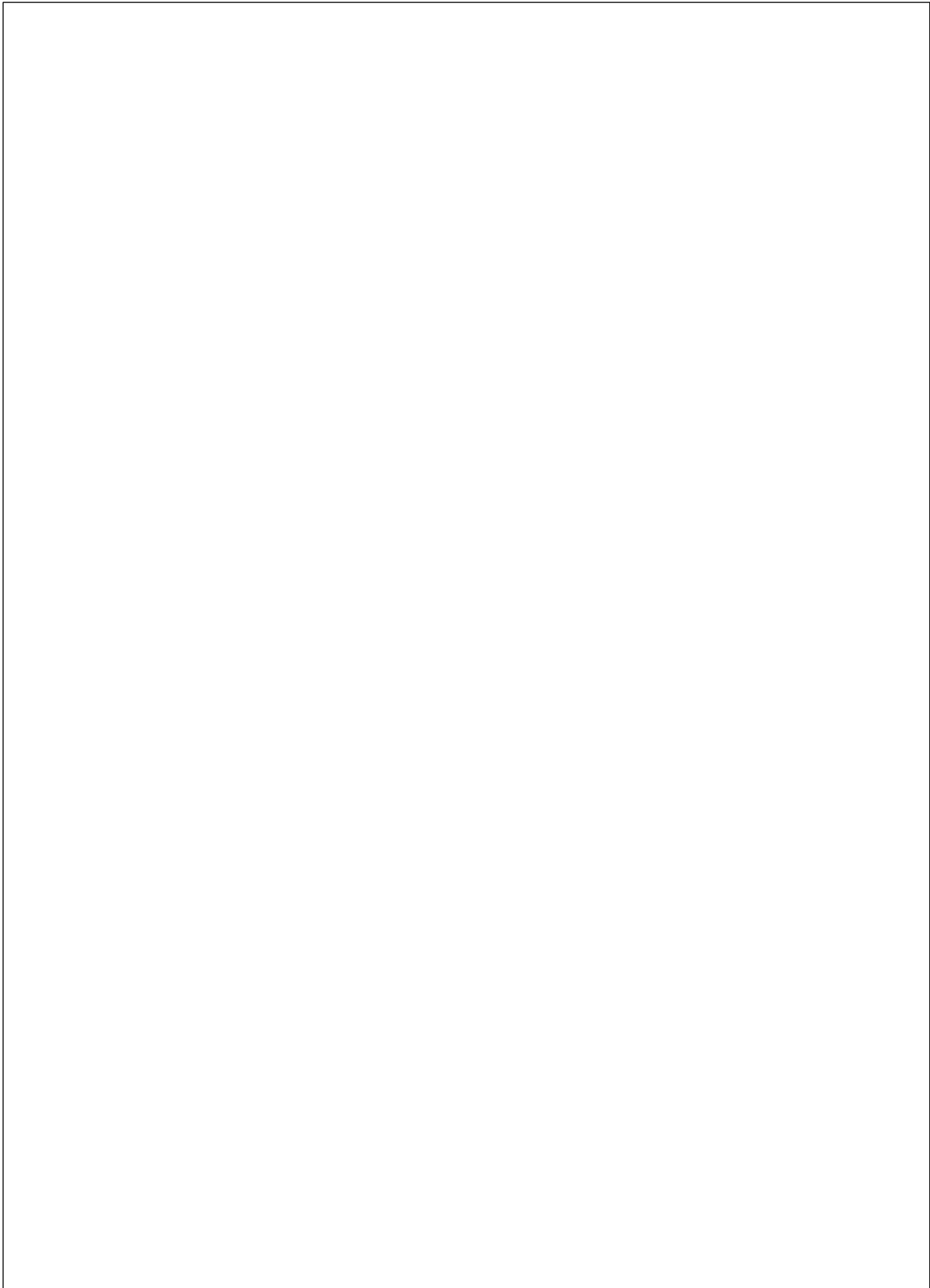
Bitte je nach Alter vom Kind (ab ca. 10 Jahre) oder von den Erwachsenen bezogen auf die Lebenserfahrungen des Kindes zu beantworten.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 körperlich misshandelt wurde? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Die Fragen wurden von der Mutter, dem Vater oder dem Kind beantwortet.

Weitere Anmerkungen

Hier ist Platz für Ihre weiteren Anmerkungen und für Themen, die in dem Fragebogen nicht erwähnt wurden und Ihnen wichtig sind:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide additional comments or notes not covered by the main questionnaire.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!