

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 oder beim Erstgespräch mitzubringen.

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/anmeldung/](http://www.psychotherapiebrauer.de/anmeldung/) 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

---

**Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung von allen sorgeberechtigten Personen unterschrieben 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 Psychotherapie und Traumatherapie - Tobias Brauer *vorgestellt und diagnostiziert* und gegebenenfalls *behandelt* werden darf.

### Sorgerecht

---

Das Sorgerecht liegt  gemeinsam  alleinig  
bei  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

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

### Einwilligung zur Videosprechstunde

---

Ich/wir erkläre/n

- dass ich/wir von Herrn Tobias Brauer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde/n (*Aufklärung zur Videosprechstunde*).
- dass ich/wir in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner/unserer Daten im Rahmen der Videosprechstunde durch Tobias Brauer einwillige.
- dass Daten (Chiffre, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die RED Medical Systems GmbH (Lutzstraße 2; 80687 München) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. - Hinweis: RED Medical hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns mit einer Videosprechstunde einverstanden.

## Einwilligung zu Videoaufzeichnungen

---

Zur Diagnostik und bei bestimmten therapeutischen Interventionen können Videoaufzeichnungen notwendig sein. Die Videoaufzeichnungen unterliegen, wie jedes Behandlungsdokument, der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzvorschriften. Die Videoaufzeichnungen werden gelöscht, wenn sie nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch am Ende der Behandlung. Eine Löschung kann ebenfalls auf Ihr Verlangen erfolgen.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns mit einer Videoaufzeichnung einverstanden.

## Einwilligungserklärung

---

Ich/Wir bestätige/n folgende Unterlagen erhalten zu haben  
(siehe [www.psychotherapiebrauer.de/anmeldung](http://www.psychotherapiebrauer.de/anmeldung))

- *Praxisinformation*<sup>1</sup> der Praxis für Psychotherapie - Tobias Brauer
- *Ambulante Psychotherapie in der gesetzliche Krankenversicherung (PTV10)*

Die dort genannten Regelungen habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und stimme/n diesen (insbes. **Schweigepflicht, Terminabsage, Ausfallhonorar, Videoaufzeichnung, Videosprechstunde, Allgemeine Aufklärung, Datenschutz** sowie **Einwilligung bezüglich des Ausfalls des Therapeuten**) zu.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ggf. weitere sorgeberechtigte Person

---

<sup>1</sup> Stand 26.09.2022



## 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 beantworten.

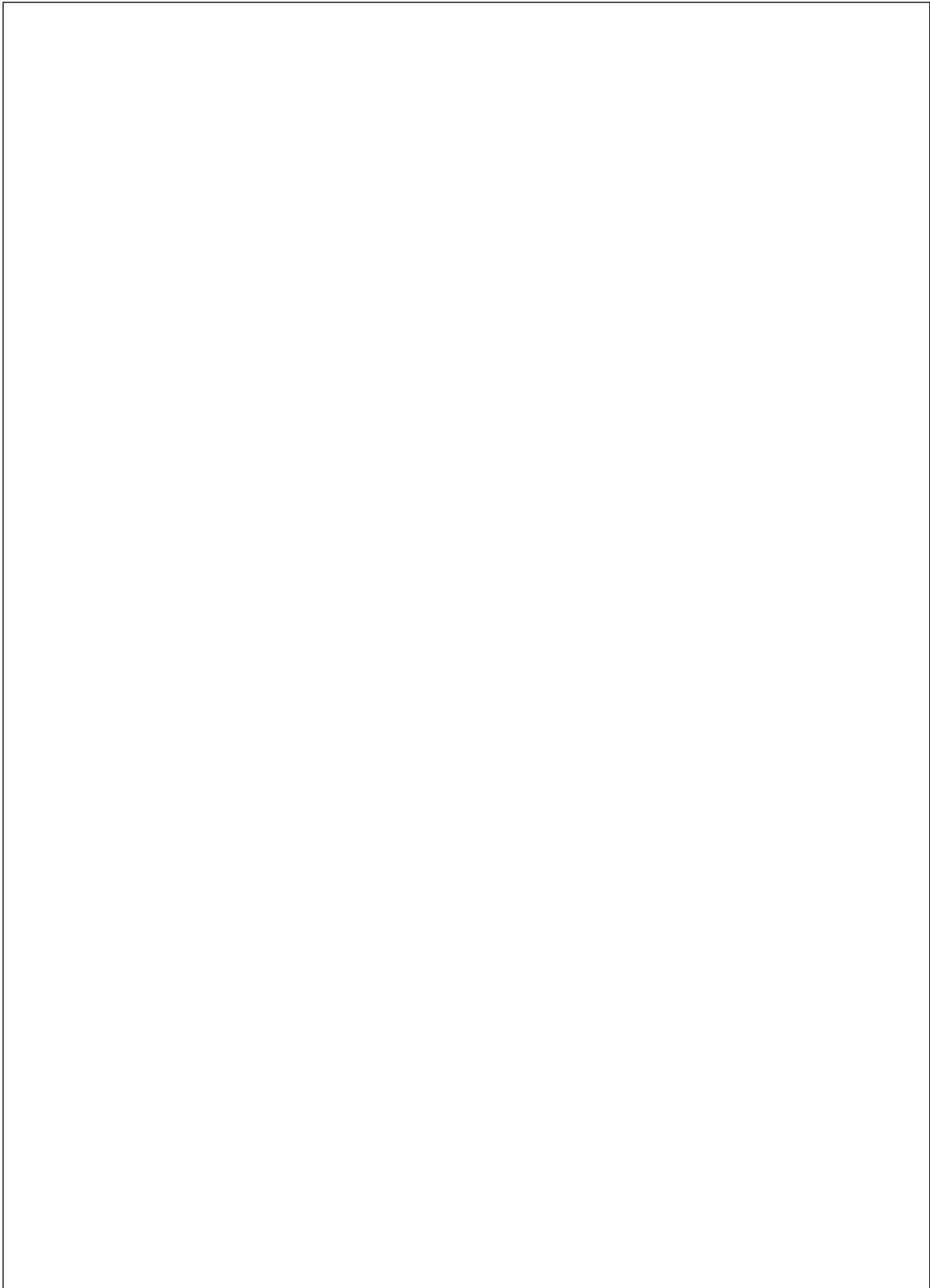
- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hat jemand Dir gegenüber ein wichtiges Versprechen gebrochen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurdest Du von jemandem, der Dir 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 questionnaire.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!