

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 und Traumatherapie – 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 (Bitte genau beschreiben!):

Welcher Auslöser führte zu Deinem Entschluss, eine Therapie zu beginnen?

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?

Krankheiten, Klinikaufenthalte, Therapien (auch Psychotherapien)

Hast Du in den letzten Jahren unter Krankheiten gelitten?

Wenn ja, unter welchen und wann?

Nimmst Du zurzeit Medikamente (auch hormonelle Antikonzeptiva wie z.B. Pille, Hormonspirale)?

Wenn ja, welche, wann und in welcher Dosis?

Warst Du wegen psychischer Schwierigkeiten in Behandlung (z.B. Erziehungsberatung, Kinderarzt, Ergotherapie, Schulpsychologe, Psychotherapie) ?

Wenn ja, Zeitpunkt, Grund, Dauer, angewandtes Verfahren und Erfolg der Behandlung:

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 würdest Du die übliche Stimmung in Deiner Familie beschreiben?

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? Hast Du Hobbys? Was machst Du gerne?

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 körperlich 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!

Einverständniserklärung

_____, geb. am _____,
Name Vorname

Sorgerecht

Das Sorgerecht liegt gemeinsam alleinig
bei Mutter Vater _____

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, Terminationdatum, Terminart und Terminationdauer) 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 bestätige folgende Unterlagen erhalten zu haben
(siehe www.psychotherapiebrauer.de/anmeldung)
- *Praxisinformation¹* der Praxis für Psychotherapie - Tobias Brauer
 - *Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung (PTV10)*

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

Ort und Datum

Unterschrift

¹ Stand 26.09.2022