



Aufnahmebogen

für Kinder und Jugendliche

Dieser Bogen hilft mir, Ihr Anliegen vor dem ersten Gespräch einzuordnen. Bitte füllen Sie nur aus, was Sie wissen und mitteilen möchten; offene Fragen klären wir im persönlichen Gespräch. Anschrift, Sorgerecht und Kontaktdaten werden in der Behandlungsvereinbarung erfasst und hier nicht noch einmal abgefragt.

Bitte bringen Sie den Bogen ausgefüllt zum Ersttermin mit und senden Sie ihn nicht unverschlüsselt per E-Mail.

1 Kind / jugendliche Person

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

2 Worum geht es?

Was führt Sie bzw. dich zu mir in die Praxis?

Wer hat die Kontaktaufnahme angeregt?

☐ Kind / jugendliche Person selbst

☐ Eltern / Sorgeberechtigte

☐ Haus- oder Kinderarztpraxis

☐ Schule oder Kindertagesstätte

☐ Beratungsstelle oder Jugendhilfe

☐ andere Person oder Stelle: _____



3 Unterlagen zum Ersttermin

Bitte bringen Sie vorhandene Unterlagen mit, soweit sie für das aktuelle Anliegen wichtig sind – möglichst als Kopie. Gemeinsam klären wir, welche davon tatsächlich benötigt werden.

- | | |
|--|--|
| ☐ ärztliche Befunde und Berichte, z. B. aus einem Sozialpädiatrischen Zentrum | ☐ Berichte aus früheren psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungen |
| ☐ Berichte aus Ergotherapie, Logopädie oder anderen Fördermaßnahmen | ☐ Entwicklungsberichte aus Kindertagesstätte oder Schule |
| ☐ Schulzeugnisse oder andere schulische Unterlagen | |

4 Haus- oder Kinderarztpraxis

Name der Praxis / Ärztin / Arzt

Ort

5 Weitere und frühere Behandlungen

Bestehen derzeit weitere Behandlungen oder Unterstützungen?

- | | |
|--|--|
| ☐ nein | ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| ☐ andere Psychotherapiepraxis | ☐ Ergotherapie |
| ☐ Logopädie | ☐ Physiotherapie |
| ☐ Beratungsstelle | ☐ Jugendhilfe |
| ☐ andere: _____ | |

Falls ja: Name und Stelle, soweit für die Behandlung wichtig

Eine Kontaktaufnahme mit diesen Personen oder Stellen erfolgt nur nach Absprache und mit einer gesonderten Schweigepflichtentbindung.

Gab es bereits frühere psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ nein | ☐ ja |
|-------------------------------|-----------------------------|



Falls ja: ungefähr wann und wo?

6 Medikamente

Werden derzeit regelmäßig Medikamente eingenommen?

☐ nein

☐ ja

Falls ja: Medikament und Dosierung, soweit bekannt

7 Gesundheitliche Besonderheiten

Gibt es körperliche Erkrankungen, Allergien, Behinderungen oder andere gesundheitliche Besonderheiten, die für die Behandlung oder den Aufenthalt in der Praxis wichtig sind?

☐ nein

☐ ja

Falls ja: welche?

8 Angaben zum Ausfüllen

Name der ausfüllenden Person

Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift wird nur bestätigt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden. Sie ist keine Einwilligung in eine Behandlung oder in eine Weitergabe von Daten.