



Sehr geehrte Eltern,  
 vielen Dank für Ihr Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung für Ihr Kind in unserer Praxis. Die folgenden Informationen benötigen wir für die fachgerechte Einschätzung und um uns ein umfassendes Bild zu machen. Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und leserlich aus und bringen Sie ihn zum Erstgespräch mit. Bitte sehen Sie aus Datenschutzgründen davon ab, die ausgefüllten Formulare vorab online zu übermitteln. Herzlichen Dank!

## Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Kind lebt bei: ☐ beiden Eltern ☐ der leiblichen Mutter ☐ dem leiblichen Vater

☐ sonstiger Bezugsperson

☐ Andere:

Adresse: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon/Handy (*rechtlich sind nur Anrufe & SMS möglich*)

E-Mail-Adresse Jugendliche/r

Zurzeit in Kindergarten/Schule/Ausbildungsstelle/...

Schulklasse

Kinderarzt/Hausarzt

## Krankenversicherung

Gesetzlich bei

Name Krankenkasse

/privat bei

Name Krankenkasse

Über: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige:

## Sorgerecht

Das Sorgerecht liegt bei:

☐ beiden Eltern ☐ allein bei leiblicher Mutter ☐ allein bei leiblichem Vater ☐ Vormund

Häusliche Situation: ☐ Verheiratet, zusammenlebend ☐ zusammenlebend

☐ Getrennt/geschieden ☐ anderes:

**Wichtig:** Bei getrennten Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht muss der Elternteil, der nicht mit zum Termin kommt, der Vorstellung des Kindes bei der Psychotherapeutin/beim Psychotherapeut schriftlich zustimmen. Bitte nutzen Sie unsere entsprechende Vorlage. Das Einverständnis muss zwingend vorliegen, sonst darf aus rechtlichen Gründen kein Termin stattfinden!  
 Bei alleinigem Sorgerecht bitte eine Kopie vom betreffenden Schreiben/Urteil/etc. mitbringen.



## Angaben zu den Eltern

Name der Mutter/andere Bezugsperson

Adresse falls abweichend

E-Mail Adresse

Erlerner Beruf

Geburtsdatum

Telefon/Handy



aktuell berufstätig als

Name des Vaters/andere Bezugsperson

Adresse falls abweichend

E-Mail Adresse

Erlerner Beruf

Geburtsdatum

Telefon/Handy



aktuell berufstätig als

## Familiensituation

Wer lebt zur Zeit alles als Familie zusammen? Führen Sie bitte alle Familienmitglieder auf:

| Name | Verhältnis zum Kind | Geburtsdatum | Beruf |
|------|---------------------|--------------|-------|
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |

Welche nahen Angehörige (Elternteile, Geschwister, Halb- oder Stiefgeschwister) leben nicht in der Familie?

| Name | Verhältnis zum Kind | Geburtsdatum | Beruf |
|------|---------------------|--------------|-------|
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |
|      |                     |              |       |



### Therapieanlass

Anliegen an Therapie: Für welche Probleme, Beschwerden, Symptome suchen Sie therapeutische Unterstützung für Ihr Kind? (Stichpunkte)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Seit wann bestehen die Probleme?

|  |
|--|
|  |
|  |

Wurde Ihnen zur psychotherapeutischen Vorstellung geraten? Wenn ja durch wen? (Kinderarzt, Schule, Kindergarten, ...)

|  |
|--|
|  |
|  |

### Vorbehandlungen

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate mind. 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ nein

☐ ja, und zwar am (Datum) .. und ggf. am (Datum) ..

Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine ambulante Psychotherapie durchgeführt?

☐ nein

☐ ja, vom .. bis .. bei Behandler/in:

War ihr Kind bereits in stationärer oder ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder erhielt es Ergo-, Logotherapie oder eine andere Art der speziellen Förderung? Wenn ja, bitte Zeiträume hier notieren und falls vorhanden Arztberichte in Kopie mitbringen.

| Art der Behandlung | Zeitraum | Stundenumfang (ambulant) |
|--------------------|----------|--------------------------|
|                    |          |                          |
|                    |          |                          |
|                    |          |                          |
|                    |          |                          |

Gab oder gibt es in diesem Zusammenhang eine Medikamenteneinnahme?

☐ nein

☐ ja, und zwar

Name, Dosis, Dauer der Einnahme



## Mögliche regelmäßige Therapiezeiten

Bitte kreuzen Sie an, welche Termine ihr Kind regelmäßig wahrnehmen kann

| Zeit  | Montag                   | Dienstag                 | Mittwoch                 | Donnerstag               | Freitag                  |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8:00  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9:00  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wäre eine Gruppentherapie mit gleichaltrigen Kindern/Jugendlichen mit ähnlichen Schwierigkeiten denkbar?

☐ nein ☐ ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

## Biografische Anamnese: Bisherige Entwicklung

Beschreiben Sie bitte kurz den Schwangerschaftsverlauf, Geburt und die frühkindliche Entwicklung:

Geburtsgewicht:  Geburtsgröße:  Kopfumfang:

Schwangerschaftsverlauf

  


Geburt

  


Körperliche Entwicklung in der Kleinkindzeit (Krabbeln, Laufen, erste Worte, Sauberkeitsentwicklung)



Kindergarten, Schule, Schulwechsel, Klassenwiederholungen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Ausbildung / berufliche Tätigkeiten / aktuelle berufliche Situation

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Umzüge? Andere größere Veränderungen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Gab es irgendwelche schlimmen Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Wie befriedigend ist Ihr Familienleben? Gibt es Stressfaktoren in der Familie?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Stärken Ihres Kindes

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Welche Hobbys, Interessen und Begabungen hat ihr Kind/Jugendlicher?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie? Was sind Ihre Therapieziele?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |