



Praxis für Psychotherapie Isabelle Haser

Liebe Eltern,

wenn Sie Ihr Kind bei mir vorstellen möchten, bitten ich Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zur persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Sie veranlasst haben, Hilfe und Unterstützung zu suchen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zu unserem ersten Gespräch mit. Wenn Sie möchten, können Sie mir den Anmeldebogen gerne auch schon vor dem Erstgespräch zusenden. Ihre Angaben helfen mir bei der Vorbereitung auf das Erstgespräch. 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.

Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können eine Psychotherapie ohne Kenntnis ihrer Eltern beantragen. Bei Jugendlichen wird die Einverständniserklärung ab dem 15. Geburtstag daher nicht mehr benötigt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Isabelle Haser

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

Weshalb stellen Sie ihr Kind gerade jetzt vor?

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

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?

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

Gibt es sonst noch etwas, was für eine psychotherapeutische Behandlung von Bedeutung sein könnte?

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.

Angaben zur Mutter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon/Handy

E-Mail Adresse

Mit der Kommunikation über E-Mail erkläre ich mich einverstanden.

Adresse, falls abweichend zu Kind:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Schul- und Berufsbildung

Jetziger Beruf

ganztags erwerbstätig

teilzeitbeschäftigt

Schichtarbeit

arbeitssuchend

Ausbildung/Umschulung

Rentner

im Haushalt tätig

andere: _____

Körperliche/psychische Erkrankungen

Religionszugehörigkeit

Staatsangehörigkeit

Angaben zum leiblichen Vater

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon/Handy

E-Mail Adresse

Mit der Kommunikation über E-Mail erkläre ich mich einverstanden.

Adresse, falls abweichend zu Kind:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Schul- und Berufsbildung

Jetziger Beruf

ganztags erwerbstätig

teilzeitbeschäftigt

Schichtarbeit

arbeitssuchend

Ausbildung/Umschulung

Rentner

im Haushalt tätig

andere: _____

Körperliche/psychische Erkrankungen

Religionszugehörigkeit

Staatsangehörigkeit

Gegebenfalls: Angaben zu weiteren wichtigen Bezugspersonen

- Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter Lebensgefährtin des Vaters Großmutter
 Stiefvater Adoptivvater Pflegevater Lebensgefährte der Mutter Großvater

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon/Handy

Adresse, falls abweichend zu Kind:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Schul- und Berufsbildung

Jetziger Beruf

- ganztags erwerbstätig teilzeitbeschäftigt Schichtarbeit arbeitssuchend
 Ausbildung/Umschulung Rentner im Haushalt tätig andere: _____

Körperliche/psychische Erkrankungen

Religionszugehörigkeit

Staatsangehörigkeit

Einverständniserklärung für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung

Für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung ist es notwendig, dass alle Sorgeberechtigten eines Kindes mit der Behandlung einverstanden sind.

Das Sorgerecht liegt gemeinsam alleinig
bei Mutter Vater _____

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns, einverstanden, dass mein/unser/das Kind

_____, geb. am _____,
Name Vorname

in der *Praxis für Psychotherapie* vorgestellt, diagnostiziert und psychotherapeutisch behandelt werden darf. Die Behandlungen werden von Frau Isabelle Haser bzw. Frau Renate Michel in Vertretung für Herrn Tobias Brauer übernommen.

Mit meiner/unseren Unterschrifte/n erkläre/n ich/wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir umgehend mit.

Mutter _____, geb. am _____
Name Vorname

Ort und Datum Unterschrift

Vater _____, geb. am _____
Name Vorname

Ort und Datum Unterschrift

ggf. weitere sorgeberechtigte Person

_____, geb. am _____
Name Vorname

Ort und Datum Unterschrift