

**Anmeldung Warteliste /  
Kinder- u. Jugendpsychotherapie**

Datum:.....

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Anmeldung zur psychotherapeutischen Behandlung im MVZ Mittweida entschieden haben. Um die Terminvergabe zu optimieren, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Deshalb möchten wir Sie höflichst bitten, die folgenden Informationen zu vervollständigen.

**Persönliche Angaben zum Patienten**

Geschlecht:  weiblich  männlich

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Geschwisteranzahl:.....

Bei Minderjährigen: wer hat das Sorgerecht:  beide Eltern  Vater  Mutter  andere

PLZ, Ort:..... Straße:.....

Telefon-Nr.:.....

(Bitte geben Sie hier die Nummer an, unter der Sie tagsüber am besten erreichbar sind.)

E-Mail:..... Krankenkasse:.....

Kindergarten/Schulart:..... Klasse:.....

Besteht derzeit eine Krankschreibung?  nein  ja, seit.....

**Angaben zu Ihren Beschwerden**

Bitte schildern Sie in Stichworten die Probleme oder Beschwerden, wegen denen ein Behandlungswunsch besteht.

.....  
.....  
.....

Seit wann bestehen diese Beschwerden / Probleme ungefähr und gibt es einen mutmaßlichen Auslöser?

.....  
.....

Wie oft treten diese Beschwerden auf, wie stark sind sie, wie lange halten sie an?

.....  
.....

Welche Lebensbereiche werden durch das Problem besonders beeinträchtigt?

- Partnerschaft/Familie  Freizeit  Soziale Kontakte  
 Schule/Ausbildung/Beruf  Körperliche Gesundheit  Sonstiges:.....  
.....

Welche Behandlungen wurden deswegen bereits durchgeführt? Wurden bereits Diagnosen getroffen? Wenn ja, welche? Auf welche Diagnosen bezogen sich die Behandlungen? (Therapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum angeben)

.....  
.....  
.....

Ist das Jugendamt o.ä. involviert?  NEIN  JA

Zur Zeit eingenommene Medikamente:

.....  
.....

Welche Ziele sollen erreicht werden?

.....  
.....

Im Folgenden ist Platz für Anmerkungen oder Fragen, die im Erstgespräch geklärt werden sollen.

.....  
.....

### Kurzer Beurteilungsbogen

(Bitte entsprechende Benennung[en] in Klammern unterstreichen, wenn zutreffend.)

#### **Verhalten des Kindes**

1. traurig/niedergeschlagen.....  NEIN  JA
2. selbstverletzendes Verhalten.....  NEIN  JA
3. Selbstmordgedanken/-äußerungen.....  NEIN  JA
4. interessen-/antriebslos.....  NEIN  JA
5. schnell ablenkbar.....  NEIN  JA
6. furchtsam/nervös/schreckhaft/unruhig.....  NEIN  JA
7. vermeidend.....  NEIN  JA
8. zwanghaft.....  NEIN  JA
9. hyperaktiv.....  NEIN  JA
10. impulsiv.....  NEIN  JA
11. greift andere an (verbal/körperlich).....  NEIN  JA

#### **Weitere mögliche Auffälligkeiten**

12. seltsame/eigenartige Überzeugungen, Halluzinationen.....  NEIN  JA
13. Schlafen (z.B. Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen, zu viel Schlafen).....  NEIN  JA
14. Müdigkeit.....  NEIN  JA
15. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizit.....  NEIN  JA
16. Leistungsabfall (schulisch).....  NEIN  JA
17. Angst (z.B. vor Sterben, Alleinsein, Menschenmengen, Tieren).....  NEIN  JA
18. Nahrungsaufnahme (Gewicht, „Fressattacken“ o. Nahrungsverweigerung).....  NEIN  JA
19. Psychomotorik (z.B. langsamerer Bewegungsablauf, Rastlosigkeit, Zappeln)...  NEIN  JA
20. Alkohol-/Substanzmittelmisbrauch oder Abhängigkeit/vermehrtes PC-Spiel..  NEIN  JA
21. Tics.....  NEIN  JA
22. Schulvermeidung/-verweigerung.....  NEIN  JA

#### **Körperbezogene Symptome**

23. Einnässen/Einkoten.....  NEIN  JA
24. Schwitzen.....  NEIN  JA
25. Atemprobleme (Erstickungs- oder Schluckangst).....  NEIN  JA
26. Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung).....  NEIN  JA

#### **Sozialer Bereich**

27. Trennung der Eltern.....  NEIN  JA
28. fehlende soziale Kontakte/ Beziehungen.....  NEIN  JA
29. belastendes Ereignis/Unfall.....  NEIN  JA

**Sonstiges:**.....

Dieser Anmeldebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_  
(Name; Elternteil/Sorgerechtsbeauftragte/r)

**Wir melden uns bei Ihnen für einen Termin zum Erstgespräch. Bitte melden Sie uns kurz und formlos zurück, wenn kein Bedarf mehr bestehen sollte.**