

Anamnesebogen

Kinder- und Jugendpsychotherapie (bis 18 Jahre)

Dieser Bogen soll von den Sorgeberechtigten / Eltern ausgefüllt werden. Volljährige Patient:innen können ihn selbst ausfüllen. Für Jugendliche, die möchten, gibt es am Ende zusätzlich eine kurze Selbstauskunft.

Sie können dieses Formular direkt am Bildschirm ausfüllen: Klicken Sie einfach in ein Feld und tippen Sie Ihre Antwort ein bzw. setzen Sie ein Häkchen. Speichern Sie die Datei anschließend. Aus Datenschutzgründen empfehlen wir, den ausgefüllten Bogen per Post zu senden oder persönlich zum Termin mitzubringen. Eine Zusendung per unverschlüsselter E-Mail erfolgt auf eigene Gefahr.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ausführlich wie möglich. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich ist, lassen Sie das Feld einfach frei. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Informationen zum Datenschutz sowie zu unseren Praxisregelungen (u. a. Terminabsagen) finden Sie am Ende dieses Bogens.

Kontaktdaten

Name des Kindes / der Jugendlichen: Geburtsdatum:

Straße / Nr.: PLZ / Ort:

E-Mail: Handy (Jugendliche/r):

Handy (Eltern): Festnetz:

Hausarzt / Kinderarzt:

Notfallkontakt (falls Eltern nicht erreichbar)

Name: Verhältnis zum Kind:

Telefonnummer:

Versicherung

Krankenkasse: Versicherten-Nr. (auf der Karte):

Stammversicherte:r mit eigener Versicherten-Nr.?

☐ ja ☐ nein, familienversichert

Falls nein, bei wem familienversichert:

Ist Ihr Kind gleichzeitig in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Praxis in Behandlung?

nein ja

Falls ja, bei wem:

Bisherige Therapien und Hilfen

Gab es bzw. gibt es schon Therapien oder andere Hilfen? Wenn ja, welche und in welchem Jahr? (z. B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik, SPZ, Frühförder-Zentrum, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, Jugendamt)

Zeitraum	Art der Hilfe / Therapie	Ort / Behandelnde Person	Ergebnis / Erfahrung

Sorgerecht

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| ☐ Gemeinsames Sorgerecht, Eltern zusammenlebend | ☐ Gemeinsames Sorgerecht, Eltern getrennt/geschieden |
| ☐ Alleiniges Sorgerecht: Mutter | ☐ Alleiniges Sorgerecht: Vater |
| ☐ Vormund hat das Sorgerecht | |

Bei gemeinsamem Sorgerecht – Name, Adresse, Telefon des zweiten Elternteils (nicht im Haushalt):

Nur Aufenthaltsbestimmungsrecht / Gesundheitssorgerecht liegt bei:

Das Kind lebt bei:

leiblichen Eltern Adoptiv-/Pflegeeltern sonstige Erziehungspersonen

Falls sonstige, welche:

Sonderregelungen bzgl. Besuchsrecht / Art der Betreuung / Umgangsregelungen:

Bei Pflege-/Heimkindern – Häufigkeit und Art des Kontakts zu den Eltern:

Kontakte zum Jugendamt (welches, wieso, welche Unterstützung):

Betreuung durch eine Institution:

Wechsel in der Unterbringung (bitte skizzieren):

Familienanamnese

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

- | | |
|--|--|
| ☐ verheiratet | ☐ zusammenlebend |
| ☐ getrennt lebend | ☐ geschieden |
| ☐ neue Partnerin/neuer Partner der Mutter | ☐ neue Partnerin/neuer Partner des Vaters |

Seit wann (jeweils):

Leibliche Mutter

Name: Alter (Jahre):

Schulabschluss: Ausbildung / Studium:

Stunden/Woche & Tätigkeit:

Körperliche oder psychische Erkrankungen:

Psychisch erkrankte Angehörige:

Eigene Sorgen (unabhängig vom Kind):

Leiblicher Vater

Name: Alter (Jahre):

Schulabschluss: Ausbildung / Studium:

Stunden/Woche & Tätigkeit:

Körperliche oder psychische Erkrankungen:

Psychisch erkrankte Angehörige:

Eigene Sorgen (unabhängig vom Kind):

Pflege-/Adoptiveltern (falls zutreffend)

Name Pflegemutter: Alter:

Name Pflegevater: Alter:

Seit wann lebt das Kind in der Pflegefamilie, und weitere wichtige Angaben:

Geschwister

Bitte machen Sie kurze Angaben zu den Geschwistern (inkl. Halb-, Stief-, Pflegegeschwistern):

Name	Alter	Verhältnis früher	Verhältnis heute

Verhaltensprobleme bei Geschwistern:

Weitere wichtige Personen für das Kind / den Jugendlichen:

Aktuelle Lebenssituation

Das Kind / die Jugendliche lebt:

bei einer Pflegefamilie

in einer Wohngruppe / Heim

sonstiges

Falls sonstiges, welches:

Wer lebt mit im Haushalt / in der Gruppe:

Schlafsituation (eigenes Zimmer, geteilt mit wem):

Finanzielle Situation der Familie:

Familiäre Belastungen (Arbeitslosigkeit, Krankheit etc.):

Familiäres Unterstützungssystem:

Innerfamiliäre Kommunikation:

Typischer Tagesablauf (Schultag)

Uhrzeit	Aktivität / Ablauf

Beschreiben Sie die Atmosphäre zuhause – bitte ankreuzen:

- ☐ herzlich
- ☐ strukturiert
- ☐ laut
- ☐ überfordert wirkend
- ☐ verlässlich
- ☐ konfliktreich
- ☐ liebevoll
- ☐ ruhig
- ☐ humorvoll
- ☐ unvorhersehbar
- ☐ chaotisch
- ☐ distanziert
- ☐ unterstützend
- ☐ angespannt

Vorstellungsgründe

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden sind Anlass für die Psychotherapie?

Entwicklung des Problemverhaltens (Beginn, Auslöser, Verlauf):

Zeigt sich das Verhalten häufiger zu bestimmten Zeiten, Orten, Situationen oder bei bestimmten Personen?

Problemanalyse

Was passiert unmittelbar bevor das Problemverhalten auftritt? Gibt es erkennbare Auslöser?

In welchen Situationen / bei wem tritt das Verhalten seltener oder gar nicht auf?

Wie reagiert die Umgebung (Eltern, Geschwister, Lehrkräfte) unmittelbar auf das Verhalten?

Was hilft dem Kind / der/dem Jugendlichen in dem Moment, sich zu beruhigen oder das Verhalten zu ändern?

Gibt es einen erkennbaren „Nutzen“ des Verhaltens für das Kind (z. B. Aufmerksamkeit, Vermeidung einer Anforderung, Trost)?

Was haben Sie als Eltern bereits versucht, um mit dem Problem umzugehen? Was hat geholfen, was nicht?

Belastende Ereignisse

Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihr Kind / Ihre*n Jugendliche*n zutrifft (auch länger zurückliegende Ereignisse):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Trennung der Eltern | ☐ Tod eines Elternteils | ☐ Tod eines nahen Angehörigen |
| ☐ Schwere Erkrankung in der Familie | ☐ Umzug | ☐ Schulwechsel |
| ☐ Mobbing / Ausgrenzung | ☐ Unfall | ☐ Häusliche Gewalt (erlebt/ miterlebt) |
| ☐ Vernachlässigung | ☐ Sexualisierte Gewalt | ☐ Flucht / Migration |
| ☐ Geburt eines Geschwisterkindes | ☐ Eigener Klinikaufenthalt | ☐ Trennung von wichtiger Bezugsperson |
| ☐ Trennung von Haustier | ☐ Sonstiges belastendes Ereignis | |

Bitte beschreiben Sie kurz die belastenden Erlebnisse und wie das Kind / der Jugendliche darauf reagiert hat:

Frühkindliche Trennungserlebnisse:

Verlust einer wichtigen Bezugsperson:

Andere Stressoren:

Mobbing / Gewalterfahrungen im Detail

War oder ist Ihr Kind Opfer von Mobbing oder Ausgrenzung?

nein ja

Falls ja, seit wann, wo, und wie äußert sich das genau (verbal, körperlich, Cybermobbing, Ausschluss)?

Zeigt Ihr Kind selbst aggressives oder ausgrenzendes Verhalten gegenüber anderen?

nein ja

Falls ja, und zwar:

Weitere Auffälligkeiten

Schweregrad – bitte ankreuzen:

Störung des Interaktionsverhaltens	leicht	mittel	schwer
Fühlt sich häufig schuldig	leicht	mittel	schwer
Aktivität und Aufmerksamkeit	leicht	mittel	schwer
Psychomotorik / Tics	leicht	mittel	schwer
Entwicklungsstörungen	leicht	mittel	schwer
Ängste	leicht	mittel	schwer
Stimmung und Affekt	leicht	mittel	schwer
Zwänge	leicht	mittel	schwer
Essstörung	leicht	mittel	schwer
Funktionelle und somatoforme Störungen	leicht	mittel	schwer
Inhaltliche Denkstörungen / Psychotisches Erleben	leicht	mittel	schwer
Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	leicht	mittel	schwer
Selbstschädigung / Suizidalität	leicht	mittel	schwer

Symptome mit Zeitangaben:

Lern- und Arbeitsstörungen	nein	ja
Mut- oder Antriebslosigkeit	nein	ja
Gleichgültigkeit	nein	ja
Niedergeschlagenheit	nein	ja
Ängstlichkeit	nein	ja
Kontaktprobleme / geht nicht unter Leute	nein	ja
Sprachstörungen	nein	ja
Bewegungsstörungen	nein	ja
Hörstörungen	nein	ja

Schlafstörungen	nein	ja
Essensprobleme	nein	ja
Einnässen	nein	ja
Einkoten	nein	ja

Falls zutreffend, bitte Zeitangaben (seit wann) notieren:

Bitte kreuzen Sie zusätzlich an, was auf Ihr Kind / Ihre*n Jugendliche*n zutrifft:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Grübeln | ☐ Reizbarkeit | ☐ Weint schnell |
| ☐ Wutausbrüche | ☐ Impulsivität | ☐ Distanzlosigkeit |
| ☐ Rückzug von der Familie | ☐ Rückzug von Freunden | ☐ Interessenverlust |
| ☐ Konzentrationsschwierigkeiten | ☐ Vergesslichkeit | ☐ Tagträumen |
| ☐ Perfektionismus | ☐ Übermäßiges Kontrollbedürfnis | ☐ Starke Versagensängste |
| ☐ Geringes Selbstwertgefühl | ☐ Häufiges Vergleichen mit anderen | ☐ Übermäßige Anpassung |
| ☐ Lügen / Schwindeln | ☐ Stehlen | ☐ Regelverstöße |
| ☐ Weglaufen von zuhause | ☐ Schuleschwänzen | ☐ Selbstverletzendes Verhalten |
| ☐ Suizidgedanken geäußert | ☐ Substanzkonsum (Alkohol, Nikotin, Drogen) | ☐ Übermäßige Mediennutzung |
| ☐ Körperliche Beschwerden ohne organische Ursache | ☐ Bauchschmerzen | ☐ Kopfschmerzen |
| ☐ Übelkeit vor belastenden Situationen (z. B. Schule) | ☐ Nägelkauen | ☐ Haareausreißen |
| ☐ Ticartige Bewegungen | ☐ Stottern | ☐ Selektiver Mutismus |
| ☐ Kontaktschwierigkeiten zu Gleichaltrigen | ☐ Übermäßige Anhänglichkeit | ☐ Ablehnung von Körperkontakt |
| ☐ Übertriebene Ordentlichkeit / Zwangshandlungen | ☐ Wiederholtes Fragen / Rückversicherung | ☐ Vermeidung bestimmter Orte/Situationen |
| ☐ Alpträume | ☐ Ein-/Durchschlafprobleme | ☐ Bettnässen (nachts) |
| ☐ Wählerisches Essverhalten | ☐ Appetitverlust | ☐ Heißhungerattacken |
| ☐ Sorge um Figur/Gewicht | ☐ Reizempfindlichkeit (Geräusche, Kleidung, Berührung) | ☐ Motorische Unruhe |

Wie erklären Sie sich die Schwierigkeiten:

Was braucht das Kind / die Jugendliche, um die Schwierigkeiten zu überwinden:

Selbstwert und Emotionsregulation

Wie schätzt das Kind sich selbst insgesamt ein (z. B. selbstbewusst, unsicher, kritisch mit sich)?

Vergleicht sich das Kind häufig mit anderen (Geschwistern, Mitschüler*innen)?

nein ja

Wie geht das Kind mit Kritik oder Misserfolg um?

Wie geht das Kind mit Lob oder Erfolg um?

Kann sich das Kind bei Ärger/Wut/Trauer selbst beruhigen?

gut teilweise kaum/gar nicht

Was hilft dem Kind, sich zu beruhigen?

Frühkindliche Entwicklung

Schwangerschaft

Alter der Mutter bei Geburt:

Alter des Vaters bei Geburt:

Schwangerschaftsverlauf:

unauffällig auffällig

Falls auffällig, nähere Angaben (Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamente, vorzeitige Wehen):

War die Schwangerschaft geplant/gewünscht?

ja eher nicht/gemischte Gefühle

Geburt (Angaben im gelben Untersuchungsheft)

Schwangerschaftswoche:

Gewicht (g):

Länge (cm):

APGAR-Punkte:

Behandlung auf Intensivstation:

Art der Entbindung:

spontan mit Saugglocke mit Geburtszange Kaiserschnitt

Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode:

Temperament & Eigenschaften

Wie schätzen Sie das Temperament Ihres Kindes ein?

eher ruhig sehr aktiv sehr wechselhaft ausgeglichen launisch

Besondere Eigenschaften:

Bindung und emotionale Entwicklung als Kleinkind

Wie reagierte das Kind als Baby/Kleinkind auf Trennung von der Hauptbezugsperson?

Ließ sich das Kind gut trösten?

gut teilweise schwer

Suchte das Kind aktiv Nähe und Körperkontakt?

ja, viel durchschnittlich eher wenig

Aktuelles Bindungsverhalten:

sucht Nähe hält eher Abstand wechselhaft

Umgang mit Gefühlen – bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ kann Gefühle benennen | ☐ zeigt Gefühle offen | ☐ zieht sich bei Kummer zurück |
| ☐ braucht Hilfe beim Beruhigen | ☐ kann sich selbst beruhigen | ☐ wird schnell wütend |
| ☐ weint schnell | ☐ lacht viel | ☐ zeigt wenig Mimik/Ausdruck |

Entwicklungsmeilensteine

Meilenstein	Alter / Zeitpunkt	Auffälligkeiten
Kopfkontrolle		
Freies Sitzen		
Krabbeln		
Freies Laufen		
Erste Worte		
Erste Sätze (2–3 Wörter)		
Sauber (tags)		

Sauber (nachts)		
Fahrrad fahren		
Schwimmen		

Säuglingsperiode

Gestillt? Wenn ja, wie lange: Schreikind / ruhiges Kind:

Schwierigkeiten im 1. Lebensjahr:

Wie haben Sie Ihr Kind als Säugling erlebt:

Kleinkind- und Kindergartenzeit

Freies Laufen ab: Trocken (tags) seit:

Trocken (nachts) seit: Erste Worte ab:

Sprachentwicklung:

Trotzphase (2.–3. Lebensjahr) – wie erlebt:

Spielverhalten – bitte ankreuzen:

Spiele zu Ende machen	nein	ja
Sich an Regeln halten	nein	ja
Rollenspiele	nein	ja
Fantasiespiel	nein	ja
Heftige Wutanfälle	nein	ja
Regeln / Absprachen einhalten	nein	ja
Still sitzen können	nein	ja
Warten können	nein	ja
Wirkt zufrieden	nein	ja
Sehr ängstlich	nein	ja

Trennungsängstlich	nein	ja
Teilen können	nein	ja
Sich selbst beschäftigen	nein	ja
Distanzlos	nein	ja
Umgang mit Verlieren	nein	ja

Krabbelgruppe? Zeitraum: Kindergarten? Zeitraum:

Freunde gehabt? Auffälligkeiten im Kontakt mit anderen Kindern:

Fühlen / fühlten Sie sich von Ihrem Kind überfordert:

Wer unterstützt Sie in der Betreuung:

Sind Sie und Partner:in sich einig in der Erziehung:

Schlaf im Detail

Übliche Einschlafzeit: Übliche Aufwachzeit:

Einschlafrituale (z. B. Vorlesen, Kuscheltier, Licht an):

Durchschläft das Kind die Nacht?

meistens wacht gelegentlich auf wacht häufig auf

Schläft das Kind im eigenen Bett/Zimmer?

ja teilweise/wechselnd nein, im Elternbett

☐ Alpträume

☐ Nachtangst (Pavor nocturnus)

☐ Schlafwandeln

☐ Zähneknirschen

☐ Einschlafprobleme

☐ Durchschlafprobleme

Essverhalten im Detail

Essverhalten als Baby/Kleinkind (z. B. Still- oder Fütterprobleme):

Aktuelles Essverhalten:

unauffällig eher wählerisch auffällig

☐ Nahrungsverweigerung
☐ Sorge um Figur/Gewicht

☐ Erbrechen nach dem Essen
☐ Rituale beim Essen

☐ Exzessives Essen/Kontrollverlust
☐ Isst kaum mit der Familie

Schulzeit

Einschulungsjahr: Besuchte Schule / Klasse: Schulbegleiter, seit:

Empfehlung weiterführende Schule (4. Klasse):

Förderstatus / Förderunterricht:

Schulprobleme:

Nachmittagsbetreuung? Nachhilfe? Fach:

Lieblingsfächer: Schwierige Fächer:

Soziale Integration in der Schule:

Hausaufgaben – wie funktioniert es:

Kontakt zur Schule als Bezugsperson:

Falls bekannt oder vermutet, bitte ankreuzen:

☐ Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) ☐ Rechenschwäche (Dyskalkulie) ☐ ADHS-Diagnose vorhanden
☐ Sprachentwicklungsstörung ☐ Sonderpädagogischer Förderbedarf ☐ Autismus-Spektrum-Diagnose
☐ Hochbegabung ☐ Sonstiges

Gesundheitliche Entwicklung

Chronische Erkrankungen (seit wann):

Allergien, welche:

Sehproblem / Brille?

Größere Unfälle oder Krankenhausaufenthalte (welche, wann):

Medikamente (welche, Dosierung):

Operationen (welche, wann):

Hör- oder Sehprobleme:

Impfstatus vollständig (nach Impfkalender)?

ja nein

Falls nein, fehlend:

Waren Vorsorgeuntersuchungen (U1–U9/J1) unauffällig?

ja nein

Falls nein, auffällig war:

Pubertät (falls zutreffend)

Alter bei Beginn der Pubertät / erste Anzeichen:

Wie geht das Kind / die/der Jugendliche mit den körperlichen Veränderungen um?

gut/gelassen eher unsicher sehr belastet

Ist eine altersgerechte Aufklärung erfolgt?

ja, durch die Eltern ja, durch die Schule noch nicht/unklar

Erste romantische Beziehungen / Interessen (falls bekannt und relevant):

Gibt es Fragen oder Sorgen bzgl. Geschlechtsidentität oder sexueller Orientierung, die Sie ansprechen möchten?

Freizeit und soziale Kontakte

Vereinsmitgliedschaft oder regelmäßige Freizeitaktivitäten:

Womit verbringt das Kind hauptsächlich seine Freizeit:

Wie oft pro Woche Treffen mit Freunden?

jeden Tag 3–5× pro Woche 1–2× pro Woche gar nicht

Probleme bei der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen:

Übermäßige Angst vor neuen Situationen / bestimmten Gegenständen:

Interessen und Fähigkeiten:

Wichtige Ressourcen und Stärken – bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kreativität | ☐ Musikalität | ☐ Sportlichkeit |
| ☐ Humor | ☐ Hilfsbereitschaft | ☐ Ausdauer |
| ☐ Empathie | ☐ Neugier | ☐ Zuverlässigkeit |
| ☐ Gute schulische Leistungen | ☐ Enge Freundschaften | ☐ Unterstützende Familie |
| ☐ Stabile Bezugsperson außerhalb der Familie | ☐ Haustier als emotionaler Halt | ☐ Religiöser/spiritueller Halt |
| ☐ Künstlerisches Talent | ☐ Technisches Interesse/Talent | |

Konsum elektronischer Medien

Welche elektronischen Medien werden am meisten konsumiert:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ Social Media | ☐ Gaming | ☐ Streaming / Videos |
| ☐ Messenger | ☐ Lern-Apps | |

Stunden pro Tag (Schultage):

Stunden pro Tag (schulfrei):

Gibt es Streitigkeiten diesbezüglich:

Psychosoziale Belastungen

Informationen zu häuslicher Gewalt, Substanzmissbrauch, Kriminalität oder anderen Belastungen:

Migrationsgeschichte, kulturelle Besonderheiten, sprachliche Aspekte:

Erziehungsverhalten

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben:

Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen:

Gibt es Taschengeld? Betrag:

Was wird damit gemacht:

Wird das Kind in häusliche Arbeiten einbezogen:

Eigene Kindheit der Sorgeberechtigten

Wie haben Sie den Erziehungsstil Ihrer Eltern erlebt? Was ist in besonderer Erinnerung geblieben:

Wie gestalten Sie Ihr soziales Leben:

Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind beschreiben:

Was finden Sie an Ihrem Kind besonders gut / womit sind Sie zufrieden:

Ziele der Behandlung

Was erhoffen Sie sich von der Psychotherapie für Ihr Kind?

Was soll sich konkret verändern (Gefühle, Verhalten, Beziehungen, schulische Situation)?

Wie stellen Sie sich Ihre Situation vor, wenn die Probleme nicht mehr da wären:

Gibt es Themen, die Ihrem Kind / Ihrer/Ihrem Jugendlichen besonders wichtig sind (falls bekannt)?

Haben Sie bestimmte Sorgen oder Erwartungen im Hinblick auf die bevorstehende Behandlung?

Wichtige Ereignisse in der bisherigen Entwicklung

Bitte notieren Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse in den unten genannten Lebensabschnitten und mögliche Zusammenhänge mit den heutigen Problemen:

0 – 3 Jahre <i>z. B. Schwangerschaft/Geburt, Bezugspersonen, Betreuungssituation</i>	
3 – 6 Jahre <i>z. B. Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen</i>	
6 – 10 Jahre <i>z. B. Einschulung, Beziehung zu Lehrkräften, Freundschaften</i>	
10 – 14 Jahre <i>z. B. Schulwechsel, Pubertätsbeginn, Freundeskreis</i>	
14 – 18 Jahre <i>z. B. Berufsorientierung, Ablösung vom Elternhaus, erste Partnerschaften</i>	

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und die Zeit, die Sie in diesen Bogen investiert haben!

Selbstauskunft für Jugendliche

Dieser Teil ist für Jugendliche gedacht, die ihn gerne zusätzlich zu den Angaben der Eltern selbst ausfüllen möchten. Es gibt hier kein Richtig oder Falsch – schreib einfach, was dir dazu einfällt. Du kannst auch Fragen frei lassen.

Wie geht es dir im Moment, wenn du an dich denkst?

Was belastet dich im Moment am meisten?

Welche Gefühle hattest du in letzter Zeit häufiger? (bitte ankreuzen)

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ traurig | ☐ wütend | ☐ ängstlich |
| ☐ einsam | ☐ gestresst | ☐ überfordert |
| ☐ hoffnungslos | ☐ wertlos | ☐ gereizt |
| ☐ ruhelos | ☐ gelangweilt | ☐ unsicher |
| ☐ glücklich | ☐ zufrieden | ☐ hoffnungsvoll |
| ☐ energievoll | ☐ gelassen | ☐ stolz |

Gibt es Dinge, die dir helfen, dich besser zu fühlen?

Wie ist es momentan in der Schule für dich?

Wie ist es momentan mit Freundinnen und Freunden für dich?

Wie ist es momentan zuhause / in deiner Familie für dich?

Bitte ergänze die Sätze – schreib einfach das Erste, was dir einfällt:

1. Ich bin richtig gut in
2. Am meisten Spaß macht mir
3. Ich wünschte, meine Eltern würden
4. In der Schule fühle ich mich

5. Meine Freunde finden mich
6. Wenn ich wütend bin, dann
7. Wenn ich traurig bin, dann
8. Am meisten Angst habe ich vor
9. Ich fühle mich am wohlsten, wenn
10. Ich wünschte, ich könnte besser
11. Niemand weiß, dass ich
12. In fünf Jahren möchte ich

Wie siehst du dich selbst?

Was magst du an dir?

Was würdest du gerne an dir ändern?

Wie zufrieden bist du gerade mit dir selbst?

eher zufrieden teils/teils eher unzufrieden

Wie gut kannst du dich beruhigen, wenn du wütend oder traurig bist?

gut teilweise eher schwer

Hast du das Gefühl, dass dich jemand wirklich versteht? Wer?

Was wünschst du dir von der Therapie?

Gibt es etwas, das du uns unbedingt sagen möchtest, bevor wir uns kennenlernen?

Danke, dass du dir die Zeit genommen hast!

Datum

Unterschrift Jugendliche:r (freiwillig)

Einwilligung in die psychotherapeutische Behandlung

Für die psychotherapeutische Behandlung eines minderjährigen Kindes ist grundsätzlich die Zustimmung aller Personen erforderlich, die das Sorgerecht innehaben. Bei gemeinsamem Sorgerecht getrennt lebender Eltern ist daher in der Regel die Einwilligung beider Elternteile notwendig – unabhängig davon, bei wem das Kind überwiegend lebt.

Bei alleinigem Sorgerecht genügt die Einwilligung des sorgeberechtigten Elternteils. Ab einem gewissen Alter und Entwicklungsstand wird zusätzlich die sogenannte Einsichtsfähigkeit des Kindes bzw. der/des Jugendlichen selbst berücksichtigt; wir klären dies im Erstgespräch gemeinsam mit Ihnen.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass

- › eine ausführliche Anamnese sowie ggf. testpsychologische Diagnostik bei meinem Kind durchgeführt wird,
- › eine psychotherapeutische Behandlung entsprechend dem im Erstgespräch besprochenen Vorgehen begonnen wird,
- › ich/wir über den Behandlungsverlauf in dem Umfang informiert werde(n), wie es für die Fortführung der Behandlung sinnvoll und mit dem Alter des Kindes vereinbar ist.

Ich bestätige, dass ich (bzw. wir) das Sorgerecht für das oben genannte Kind innehabe(n) bzw. zur Einwilligung berechtigt bin/sind. Bei getrennt lebenden, gemeinsam sorgeberechtigten Eltern ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich; alternativ kann eine schriftliche Vollmacht des zweiten Elternteils vorgelegt werden.

Ort, Datum / Unterschrift Elternteil 1

Ort, Datum / Unterschrift Elternteil 2

Schweigepflichtentbindung gegenüber Dritten

Für eine gute Zusammenarbeit ist es oft hilfreich, sich mit anderen an der Betreuung Ihres Kindes beteiligten Stellen austauschen zu können (z. B. fachlicher Austausch, Abstimmung von Fördermaßnahmen, Rückfragen zu Vorbefunden). Ohne Ihre ausdrückliche Entbindung von der Schweigepflicht dürfen wir keinerlei Informationen an Dritte weitergeben oder von diesen einholen.

Ich entbinde die Behandelnden dieser Praxis gegenüber folgenden Stellen von der Schweigepflicht. Bitte tragen Sie die Stellen ein, mit denen wir uns austauschen dürfen, inkl. Adresse, Telefon und E-Mail (soweit bekannt):

Stelle / Institution	Ansprechpartner:in	Adresse	Telefon	E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte:r / volljährige:r Patient:in

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten werden in unserer Praxis verarbeitet, soweit dies für die Anbahnung, Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich ist.

Eine Übermittlung von Behandlungsdaten an andere Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Kliniken oder Praxen erfolgt nicht aufgrund dieses Anamnesebogens und nicht automatisch. Eine solche Übermittlung erfolgt nur, wenn Sie uns hierfür ausdrücklich und gesondert Ihre Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung erteilen.

Welche Stellen einbezogen werden dürfen und in welchem Umfang ein Austausch stattfinden soll, besprechen wir bei Aufnahme der Psychotherapie nochmals mit Ihnen. Die entsprechende Einwilligung wird im Behandlungsvertrag bzw. in einer gesonderten Schweigepflichtentbindung dokumentiert und kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Gesetzlich erforderliche Datenübermittlungen, insbesondere zur Abrechnung mit den hierfür zuständigen Stellen, bleiben hiervon unberührt.

Datenschutzerklärung

Ich habe die Datenschutzinformation der Praxis zur Kenntnis genommen.

Hinweis: Die Einwilligung in einen Austausch mit anderen Behandelnden wird nicht mit diesem Anamnesebogen erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte:r / volljährige:r Patient:in

Widerspruch zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Hiermit widerspreche ich der Einsichtnahme in sowie der Befüllung und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch diese Praxis.

Für mich

Für mein minderjähriges Kind

Name, Vorname Patient:in

Geburtsdatum

Versicherten-Nr. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in / gesetzliche Vertretung

Wichtige Informationen & Einverständniserklärung

Um einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, bitten wir Sie, die folgenden Punkte aufmerksam zu lesen und zu berücksichtigen.

1. Terminpraxis & Ausfallhonorar

Unsere Praxis arbeitet nach dem Prinzip einer festen Terminvergabe. Die mit Ihnen bzw. Ihrem Kind vereinbarte Zeit ist exklusiv reserviert. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 48 Stunden vorher ab. Für diese Frist zählen nur Werktage (Montag bis Freitag).

Bei kurzfristigen Erkrankungen bitten wir um sofortige Mitteilung mit Krankmeldung. Bei Nichterscheinen oder verspäteter Absage ohne triftigen Grund berechnen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,- EUR. Bei akuter Erkrankung entfällt das Ausfallhonorar bei Vorlage eines ärztlichen Attests.

2. Privatleistungen (Gutachten, Stellungnahmen etc.)

Leistungen wie Stellungnahmen für das Jugendamt, fachärztliche Bescheinigungen oder Gutachten sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten und werden daher privat in Rechnung gestellt.

3. Abrechnung nach GOÄ

Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Je nach Aufwand und Schwierigkeitsgrad liegt der Steigerungssatz zwischen dem 1,0- und 3,5-fachen Satz. Rechnungen sind unabhängig von der Erstattung durch private Krankenversicherung oder Beihilfestelle fällig (§ 12 GOÄ).

Für neuartige oder nicht eindeutig gelistete Leistungen erfolgt ggf. eine analoge Berechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ.

Eine vollständige Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen kann nicht garantiert werden.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte:r / volljährige:r Patient:in

4. Informationen zur Kommunikation per E-Mail

Verwendungszweck & Empfehlungen

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, mit unserer Praxis per E-Mail in Kontakt zu treten. Unverschlüsselte E-Mails können Sicherheitslücken aufweisen. Der reguläre E-Mail-Verkehr der Praxis dient daher grundsätzlich administrativen Zwecken, z. B. Terminvereinbarungen, Terminabsagen oder organisatorischen Rückfragen.

Bitte senden Sie vertrauliche Informationen, Symptom- oder Diagnosebeschreibungen sowie sonstige sensible medizinische Daten möglichst nicht per unverschlüsselter E-Mail.

Übermittlung des Anamnesebogens

Aus Datenschutzgründen empfehlen wir, den ausgefüllten Anamnesebogen per Post an die Praxis zu senden oder persönlich zum Termin mitzubringen. Eine Übermittlung per unverschlüsselter E-Mail ist möglich, erfolgt jedoch auf eigene Gefahr. Mit dem Versand per E-Mail nehmen Sie das damit verbundene Risiko einer unbefugten Kenntnisnahme auf dem Übertragungsweg in Kauf.

Einwilligung zur organisatorischen Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zur Terminabstimmung und für organisatorische Belange über die von mir ausgewählten Wege kontaktiert. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Telefonanruf

SMS

E-Mail

Keine Kontaktaufnahme über diese Wege; Terminabsprachen persönlich oder über einen gesondert vereinbarten sicheren Weg.

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Nachrichten auf Mailbox/Anrufbeantworter

Eine neutrale Rückrufbitte ohne Hinweis auf Psychotherapie ist erlaubt.

Keine Nachricht auf Mailbox/Anrufbeantworter.

5. Datenschutz und Behandlungsdokumentation

Personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten werden zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten nach den jeweils geltenden datenschutz-, berufs- und sozialrechtlichen Vorgaben verarbeitet. Die Behandlungsakte wird grundsätzlich mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, soweit keine längere gesetzliche oder aus anderen Gründen erforderliche Aufbewahrung greift.

Es bestehen insbesondere Rechte auf Auskunft und Berichtigung sowie - unter den gesetzlichen Voraussetzungen - auf Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung. Das Recht auf Einsicht in die Behandlungsakte richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben. Ergänzende Informationen nach Art. 13 DSGVO, insbesondere zu Verantwortlicher Stelle, Rechtsgrundlagen, Empfängern und Beschwerderechten, werden in der Datenschutzinformation der Praxis bereitgestellt.

Eine Übermittlung von Behandlungsdaten an andere Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Kliniken oder Praxen erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen, gesonderten Einwilligung bzw. Schweigepflichtentbindung. Diese Einwilligung muss der Praxis ausdrücklich erteilt werden. Ob und gegenüber welchen Stellen ein Austausch sinnvoll ist, besprechen wir bei Aufnahme der Psychotherapie nochmals mit Ihnen und halten dies im Behandlungsvertrag bzw. in einer gesonderten Erklärung fest.

6. Terminerinnerung

Ich bin einverstanden, bei Bedarf eine Terminerinnerung per E-Mail, SMS oder auf anderem vereinbarten Weg zu erhalten.

7. Fotos / Videoaufnahmen zur Dokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass zur Befunddokumentation oder internen Qualitätssicherung ggf. Fotos oder Videoaufnahmen meines Kindes erstellt werden.

8. Vollständige Anmeldung erforderlich

Für eine Terminvergabe benötigen wir einen vollständig ausgefüllten Anamnesebogen. Aus Datenschutzgründen empfehlen wir die Übermittlung per Post oder die persönliche Abgabe bzw. das Mitbringen

9. Bitte bringen Sie zum ersten Termin mit

- Kopien der Grundschulzeugnisse
- Kopien relevanter Arztbriefe, Befunde oder Testergebnisse (falls vorhanden)
- Gelbes Untersuchungsheft (Vorsorgeuntersuchungen)
- Krankenversicherungskarte Ihres Kindes
- Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht: schriftliche Vollmacht des zweiten Elternteils, falls dieser nicht persönlich unterschreiben kann

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis!

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte:r / volljährige:r Patient:in