

Anmeldeformular

Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, um dieses Formular auszufüllen und schicken Sie es dann ausgefüllt mir vor dem vereinbarten Ersttermin zu. **Der blaue Teil ist nur auszufüllen, wenn Eltern unter 18-Jährige das Formular ausfüllen.**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutische Praxis
Diplom-Psychologe Univ. Guido Menzel
02829 Schöpstal, Lehngasse 8

Datum:

Patient:
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Hauptadresse:
Straße:
PLZ:
Ort:

Erziehungsberechtigte bei bis 18-Jährigen:
gemeinsames Sorgerecht

Bitte tragen sie nur die Telefonnummern oder E-Mail ein, unter der ich Sie auch erreichen soll !

alleiniges Sorgerecht: Mutter Vater
Vormund

Telefon (privat):
Telefon (dienstl.):

Name (Mutter):
Vorname (Mutter):

Fax:
Mobil:
E-Mail:

Name (Vater):
Vorname (Vater):

Pflege oder Adoptiveltern ? Ja Nein

Falls ein Anrufbeantworter vorhanden ist, darf ich Nachrichten hinterlassen ? Ja Nein

Name der den Bogen ausgefüllt hat (falls abweichend von Eltern):

Falls ich Sie dienstlich erreiche, darf ich mich als Therapeut melden ? Ja Nein

privat / Beihilfe gesetzlich versichert bei (Krankenkasse):

Waren Sie wegen den Problemen schon einmal in einer Klinik oder bei einem anderen Psychotherapeuten ?

Nein
Ja, und zwar bei / in der

Wann war diese Behandlung ?
Haben Sie noch irgend etwas anderes unternommen (z.B. Heilpraktiker, ...) ?

Nun zu den Problemen: bitte schauen Sie sich die folgenden Fragen durch und kreuzen die Antworten an (vor der Aussage ein Kreuz), die am ehesten Ihre Probleme / die Probleme Ihres Kindes/Jugendlichen erfassen. Falls keine der Fragen Ihre Probleme erfasst, können Sie am Ende alles noch frei beschreiben. Nutzen Sie bitte auch die Rückseite bzw. ein Extrablatt, falls der Platz nicht ausreicht. Wenn der Bogen vom Patienten selbst ausgefüllt wird (z.B. bei Volljährigkeit), kann die Ansprache für Eltern ignoriert werden.

1. Reagiert Ihr Sohn/Ihre Tochter oft überhaupt nicht, wenn andere mit ihm/ihr Kontakt aufnehmen wollen?

Ja Nein
Wenn ja, ist dies immer so oder nur in bestimmten Situationen?

2. Kann Ihr Sohn/Ihre Tochter die Veränderung gewohnter Abläufe nur sehr schlecht ertragen?

Ja Nein
Wenn ja, um welche Abläufe handelt es sich meist?

3. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten?

kann oft nicht warten, bis er/sie an der Reihe ist
unterbricht oft, wenn jemand anderer redet
hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren
ist ständig in Bewegung
ist leicht ablenkbar
hat Schwierigkeiten, Gelerntes anzuwenden
langweilt sich leicht
hat Schwierigkeiten, längere Zeit aufmerksam zu sein
träumt oft vor sich hin
verliert oder vergisst oft etwas
kaut an den Nägeln
lutscht am Daumen
andere, und zwar:

nein, trifft nicht zu

4. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter ein oder mehrere der nachfolgenden Probleme?

lügt, um Vorteile zu erhalten (z.B. um einer Bestrafung zu entgehen oder eine Belohnung zu erhalten)
hat schon einmal etwas gestohlen
prügelt sich häufig
ist oft ungehorsam
hat nicht kontrollierbare Wutausbrüche
quält Tiere
streitet mit Erwachsenen
tut absichtlich Dinge, die Andere verärgern
andere, und zwar:

nein, trifft nicht zu

5. Zeigt Ihr Sohn/Ihre Tochter folgende Verhaltensweisen, ohne diese zu beabsichtigen?

ruckartige Bewegungen (z.B. Blinzeln, Kopfwerfen oder Schulterzucken)
Wiederholung bestimmter komplexer Bewegungsabläufe
Ausstoßen von Lauten (z.B. Räuspern oder Bellen oder immer wiederkehrende Worte)

nein, trifft nicht zu

6. Macht Ihr Sohn/Ihre Tochter wiederholt in die Hose oder in das Bett?

am Tag	in der Nacht
absichtlich	absichtlich
unabsichtlich	unabsichtlich

nein, trifft nicht zu

7. Kommt es zu unabsichtlichem oder absichtlichem Einkoten in die Kleidung oder an Plätzen, die dafür nicht vorgesehen sind (z.B. den Fußboden)?

unabsichtlich	absichtlich
nein, trifft nicht zu	

8. Stottert oder stammelt Ihr Sohn/Ihre Tochter manchmal?

Ja

Nein

Wenn ja, in oder nach welchen Situationen geschieht dies häufig?

9. Haben Sie bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter schon einmal Stimmungsschwankungen beobachtet, die über ein normales Maß hinausgegangen sind?

Ja

Nein

10. Gab es eine längere Zeit (z.B. zwei Wochen), in der Sie bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten beobachtet haben?

gedrückte Stimmung

Verlust des Interesses an fast allen Tätigkeiten

Hoffnungslosigkeit

Selbstvorwürfe, Schuldgefühle

kein Interesse an Kontakt mit Gleichaltrigen

andere, und zwar:

nein, trifft nicht zu

Reizbarkeit

anhaltende Müdigkeit

Antriebslosigkeit

anhaltende Langweile

vermindertes Selbstvertrauen

11. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter schon einmal den Wunsch geäußert, nicht mehr leben zu wollen?

Ja

Nein

Wenn ja, kennen Sie die Ursachen oder haben Sie Vermutungen darüber?

12. Hat er/sie jemals einen Selbstmordversuch unternommen?

Ja

Nein

Wenn ja, auf welche Weise?

13. Gab es eine längere Zeit (z.B. zwei Wochen), in der Ihr Sohn/Ihre Tochter extrem gut oder hochgestimmt war? Was konnten Sie in dieser Zeit beobachten?

gehobene Stimmung

gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit

auffallendes Wohlbefinden

andere, und zwar:

nein, trifft nicht zu

geringeres Schlafbedürfnis

Reizbarkeit

gesteigerte Gesprächigkeit, Geselligkeit

14. Gibt es Orte bzw. Situationen, vor oder in denen Ihr Sohn/Ihre Tochter besonders große Angst hat, wie

enge, geschlossene Räume

offene Plätze

Bus, U-Bahn etc. fahren

andere, und zwar:

Menschenmengen

Höhe (Balkon, Hochhaus etc.)

nein, trifft nicht zu

15. Versucht Ihr Sohn/Ihre Tochter Situationen zu vermeiden, in denen er/sie mit Personen außerhalb der Familie zu tun hat, wie

Sprechen vor einer Gruppe

Feiern/Partys

Gespräch mit einem/einer Lehrer/in oder Vorgesetzten
Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit
andere, und zwar:

Verabredungen/Dates
sportliche Aktivitäten

nein, trifft nicht zu

16. Gibt es konkrete Dinge oder bestimmte Umstände, vor denen Ihr Sohn/Ihre Tochter große Angst hat, wie z.B.

Blut, Verletzungen
Spritzen
Krankheiten
Besuch beim Zahnarzt
andere, und zwar:

Tiere (z.B. Spinnen, Hunde)
Dunkelheit
bestimmte Speisen
Donner, Blitz, Stürme

nein, trifft nicht zu

17. Gab oder gibt es Situationen, in denen Ihr Sohn/Ihre Tochter völlig unerwartet und überraschend Anfälle intensiver Angst hat?

Ja
Wenn ja, wann ist dies der Fall?

Nein

18. Macht sich Ihr Sohn/Ihre Tochter aus einem oder mehreren der folgenden Gründe sehr große Sorgen?

selbst zu verunglücken
Naturkatastrophen
eigene Zukunft
andere, und zwar:

Unfall eines/einer Angehörigen
Umweltzerstörung
Zukunft der Familie

nein, trifft nicht zu

19. Führt Ihr Sohn/Ihre Tochter manchmal bestimmte Handlungen immer und immer wieder durch, wie

Türen kontrollieren
Sauberkeit kontrollieren
sich immer wieder waschen
Wege wiederholen/absuchen
Ordnung herstellen
andere, und zwar:

Dinge zählen
Geräte/Licht kontrollieren
wichtige Dinge kontrollieren
(z.B.Schulsachen)

nein, trifft nicht zu

20. Berichtet Ihr Sohn/Ihre Tochter über immer die gleichen Gedanken, die er/sie gar nicht haben möchte, wie

etwas Wichtiges verloren zu haben
jemanden verletzen oder töten zu wollen
etwas öffentlich zu sagen, was er/sie nicht aussprechen möchte
an einer (möglicherweise eintretenden) Katastrophe schuld zu sein
andere, und zwar:

nein, trifft nicht zu

21. Gab oder gibt es eine belastende Situation, die Ihr Sohn/Ihre Tochter erlebt hat, wie

Autounfall	sexuelle Belästigung
Gewalterfahrung	Tod einer Person
Ungewissheit über Leben oder Tod einer Person	Naturkatastrophe
andere, und zwar:	

nein, trifft nicht zu

22. Sieht, hört oder fühlt Ihr Sohn/Ihre Tochter manchmal Dinge, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind?

Ja	Nein
Wenn ja, was sieht, hört oder fühlt er/sie?	

23. Hat sich Ihr Sohn/Ihre Tochter in der Vergangenheit Verletzungen zugefügt oder fügt er/sie sich gegenwärtig Verletzungen zu?

Ja	Nein
Wenn ja, beschreiben Sie bitte genauer!	

24. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Schmerzen oder andere körperliche Symptome, für die nicht ausschließlich eine körperliche Ursache festgestellt werden konnte, wie z.B.

Kopfschmerzen	Durchfall
Neurodermitis	Asthma
Schwindelgefühl	Bauchschmerzen
Muskelschmerzen	Gelenkschmerzen
andere, und zwar:	

nein, trifft nicht zu

25. Befürchtet Ihr Sohn/Ihre Tochter oder hat er/sie schon einmal befürchtet, an einer schweren Krankheit zu leiden?

Ja	Nein
Wenn ja, wann war das und was befürchtet Ihr Sohn/Ihre Tochter?	

26. Konsumiert Ihr Sohn/Ihre Tochter Alkohol oder Drogen?

Ja	Nein
Wenn ja, welche?	

27. Was trifft bezüglich Körpergewicht und Essverhalten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter zu?

Gewichtsverlust
Gewichtsschwankungen
findet sich zu dick oder hat Angst davor, zu dick zu werden
Heißhungerphasen oder Essanfälle, in denen er/sie in kurzer Zeit sehr viel isst
Vermeidung von Speisen mit vielen Kalorien
absichtlich herbeigeführtes Erbrechen
Verwendung von Abführmitteln
Appetitverlust

Diät wurde oder wird durchgeführt
anderes, und zwar:

nein, trifft nicht zu

28. Sind Sie der Meinung, dass Ihr Sohn/Ihre Tochter zu viel oder zu wenig wiegt?

Ja

Nein

29. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Schlafschwierigkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, welche Schwierigkeiten auftreten. Ergänzen Sie, wenn
notwendig.

einzuschlafen

durchzuschlafen

tagsüber wach zu bleiben

einen Wach-Schlaf-Rhythmus einzuhalten, der dem anderer Leute entspricht

sonstiges:

30. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter nachts eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten?

Aufwachen wegen großer Angst

Aufstehen und Herumgehen, ohne dabei wach zu sein

Träume, die mit großer Angst verbunden sind

andere, und zwar:

nein, keine

31. Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch. Gibt es weitere Informationen, die noch
nicht erfasst wurden, die aber für die Therapie wichtig sein könnten?

*Denken Sie daran, dass Termine nur für Sie vergeben werden und kein anderer Patient im Wartezimmer
sitzt, der einen Termin übernehmen kann. Bei Absagen, bitte innerhalb von 48 Stunden vor dem
vereinbarten Termin, auf den Anrufbeantworter (Tel.: 03581 / 879709) sprechen! Bei Absagen unter 48
Stunden vor unserem vereinbarten Termin behalte ich mir vor, je nach dem genannten Grund (hier bitte
Grund auf Anrufbeantworter nennen!), die Stunde Ihnen in Rechnung zu stellen (gem. § 615 BGB).*

Ich habe / Wir haben uns über die Bedingungen der Anmeldungen informiert (<https://www.kj-psychotherapie-menzel.de/kontakt-1/anmeldung/>) und sind mit den angegebenen Bedingungen einverstanden. Auch haben wir die Angaben in diesem Formular nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Falls beide Eltern das Sogerecht haben, bitte beide unterschreiben!

*Vielen Dank, dass Sie diesen Bogen ausgefüllt haben! Bitte
senden Sie ihn mir vor unserem ersten Treffen zu!*