

Allgemeine Ambulanz

Zentrum für Psychische Gesundheit
Abt. Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- u. Jugendalter
Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Ambulanz
Telefon: 07071 29 82338
Fax: 07071 29 25146
E-Mail: ppkj@med.uni-tuebingen.de

Telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Do. 9-11 Uhr und 14-15:30 Uhr
Fr. 9-11 Uhr und 14-15 Uhr

Notfallkontakt: 07071 29-62465

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Eltern,

Sie haben sich für einen Termin in unserer Ambulanz gemeldet. Damit wir die Terminvereinbarung reibungslos bearbeiten können, füllen Sie bitte die erforderlichen Unterlagen (Anmelde- und Anamnesebogen) aus und senden Sie diese **vollständig** zurück.

Anschließend dürfen Sie sich telefonisch unter 07071/29 82338 melden, um einen Termin zu vereinbaren. Bitte beachten Sie, dass es keine Garantie für eine sofortige Terminvereinbarung gibt.

Aufgrund der hohen Nachfrage beträgt die Wartezeit für ein erstes Gespräch derzeit mehrere Monate. Wir sind uns der Wichtigkeit zeitnaher Unterstützung bewusst, bitten jedoch um Ihr Verständnis für mögliche Verzögerungen. Für Familien außerhalb der Landkreise Reutlingen und Tübingen kann die Wartezeit zusätzlich länger sein.

Wir setzen alles daran, unsere Ressourcen effektiv zu nutzen und die Qualität unserer Versorgung sicherzustellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Helen Spieles
Oberärztin Ambulanz

Dipl.-Päd. Priska Schneider
Therapeutische Ambulanzleitung

Universitätsklinikum Tübingen
Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Tübingen
Steuer-Nr. 86156/09402
USt.-ID: DE 146 889 674
Geissweg 3
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 29-0
www.medizin.uni-tuebingen.de

Aufsichtsrat
Ulrich Steinbach (Vorsitzender)
Vorstand
Prof. Dr. Jens Maschmann (Vorsitzender)
Dr. Daniela Harsch (Stellv. Vorsitzende)
Prof. Dr. Ulrike Ernemann
Prof. Dr. Bernd Pichler
Klaus Tischler

Banken
Baden-Württembergische Bank Stuttgart:
(BLZ 600 501 01) Konto-Nr. 7477 5037 93
IBAN: DE 41 6005 0101 7477 5037 93
BIC (SWIFT-Code): SOLADEST600
Kreissparkasse Tübingen:
(BLZ 641 500 20) Konto-Nr. 14 144
IBAN: DE 79 6415 0020 0000 0141 44
BIC (SWIFT-Code): SOLADES1TUB



Anmeldebogen

- Bitte füllen sie alle Unterlagen **vollständig** aus und senden Sie an uns zurück.
Auf **Seite 8** finden Sie eine **Checkliste** mit den noch zusätzlich notwendigen Unterlagen
- Wir bemühen uns um eine inhaltlich zielgerichtete Terminvereinbarung

Anmeldung für:

- Erstvorstellung
- Wiedervorstellung (hatten in den letzten 12 Monaten einen Termin)
- Zweitmeinung
- Teilstationäre Behandlung
- Vollstationäre Behandlung

Zentrum für Psychische Gesundheit

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Abt. Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- u. Jugendalter
Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Ambulanz:

Telefon: 07071 29-82338
Fax: 07071 29-25146
ppkj@med.uni-tuebingen.de

Telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Do. 9-11 Uhr und 14-15:30 Uhr
Fr. 9-11 Uhr und 14-15 Uhr

Notfallkontakt: 07071 29-62465

Von der Ambulanz auszufüllen:

Termin bei _____

Am _____

Daten des Kindes

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich weiblich divers

Ihr Kind lebt bei beiden Eltern der Mutter dem Vater _____

Kontaktdaten Mutter	Kontaktdaten Vater	Kontaktdaten Wohngruppe/ Pflegefamilie/ o. ä. (falls zutreffend)
Name:	Name:	Name:
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
Mobil:	Mobil:	Mobil:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:
Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte beachten Sie: Bei **getrenntlebenden Eltern** mit gemeinsamem Sorgerecht, muss der abwesende Elternteil zu diesem Termin schriftlich zustimmen (Formular S. 3). Ansonsten kann der Termin **nicht stattfinden**.

Sollten Sie die **alleinige Sorge** haben, benötigen wir ebenfalls zwingend einen Nachweis darüber.



Angaben zur Versicherung (Die Daten finden Sie auf der Versichertenkarte)

Versicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	
Name der Krankenkasse: Nummer der Krankenkasse:	Versichertennummer (Kind): Hauptversicherte/r, inkl. Geb.datum (ein Elternteil):
Videosprechstunde – weitere Informationen auf S. 7	
Wir können uns vorstellen, dass Kontakte per Video stattfinden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<u>Voraussetzungen:</u> -Gerät mit Kamera, Mikrofon (PC, Laptop, Tablet, Handy) -Internetzugang
Problematik / Symptomatik / Vordiagnosen	
Weitere Angaben – Bitte lassen Sie uns hier entsprechende (Vor-)Befunde/Berichte zukommen	
Erster Kontakt zu <u>unserer</u> Klinik?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Überweisung von der Kinderklinik oder Gynäkologie (DSD)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente zu sich? Wenn ja, welche und wie dosiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater? Wenn ja, zu wem? Besteht dieser Kontakt noch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendtherapeuten? Wenn ja, zu wem? Besteht dieser Kontakt noch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fand bereits ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Aufenthalt statt? Wenn ja, wann und wo?	
Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung statt? Wenn ja, wann und wo?	



Einverständniserklärung des **beim Termin abwesenden** sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

in der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen, untersucht und behandelt wird.

Ich bevollmächtige

die sorgeberechtigte Mutter: Name, Vorname _____

den sorgeberechtigten Vater: Name, Vorname _____

Sonstige Personen (z. B. Pflegeeltern, Wohngruppe): Name, Vorname: _____

in die Behandlung einzuwilligen und alle dafür notwendigen Erklärungen abzugeben.

Darüber hinaus

bevollmächtige ich Name, Vorname _____

ODER

bevollmächtige ich Name, Vorname _____ **nicht,**

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtentbindungen vorzunehmen, wie zum Beispiel für die Kinder/Hausarztpraxis, andere behandelnde Therapeut*innen, Schule, Jugendamt etc.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Name des/ der Unterzeichnenden

Unterschrift des/ der Unterzeichnenden

Ort, Datum

Telefonisch bin ich wie folgt erreichbar: _____



Weitere Informationen hierzu auf S. 6

**Einverständniserklärung Foto-/Videoaufzeichnung/
Verschwiegenheit/ Kontaktaufnahme Studienanfragen**

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

da uns die bestmögliche Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes am Herzen liegt, bitten wir um Ihr/Dein Einverständnis in die nachfolgenden Punkte, die uns die Arbeit erleichtern werden. Nähere Erläuterungen entnehmen Sie/entnimmst Du bitte der Rückseite.

Name des Kindes/Jugendlichen:

_____, geboren am _____

Für den Diagnostik-/ Behandlungszeitraumes zwischen meinem Kind bzw. mir und den Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bitte zutreffendes markieren)

- bin ich einverstanden, dass eine Sofortbilddaufnahme von meinem Kind gemacht wird.
- verpflichte ich mich zur Verschwiegenheit von vertraulichen Informationen gegenüber Dritten.
- bin ich einverstanden, dass Bild- und oder Tonaufnahmen aufgezeichnet werden zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.
- bin ich einverstanden, dass die Bild- oder Tonaufnahmen zu supervisorischen Zwecken innerhalb der KJP verwendet werden.

Ich bin damit einverstanden für Studienanfragen der Abteilung kontaktiert zu werden

- Kontaktaufnahme für Studienanfragen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass jede dieser Erklärungen freiwillig erfolgt ist. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Erklärung zu widerrufen, formlos schriftlich oder mündlich. Die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen kann selbstverständlich auch erfolgen, wenn ich nicht mit der Verwendung der Aufnahmen und Daten einverstanden bin.

Tübingen, _____

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

Eltern/Erziehungsberechtigte

Unterschrift Kind/Jugendliche/r



Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen

Einverständniserklärungen – Informationsblatt

Sofortbildaufnahme für die Akte

Die Sofortbildaufnahme wird bei einem der Termine in unserer Ambulanz gemacht. Die Aufnahme dient vor allem zur Wiedererkennung Ihres Kindes. Das Bild wird während der Diagnostik und Behandlung in der Akte hinterlegt. Die Bilder werden nach Abschluss der Behandlung nicht gespeichert. Wir werden diese entsprechend vernichten. In keinem Fall werden personenbezogene Daten an Dritte weitergeleitet.

Verpflichtung zur Verschwiegenheit

Im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes/Deiner Behandlung können Sie/kannst Du Informationen über Mitpatienten erhalten, die sehr persönlich und nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt sind. Durch Ihre/Deine Unterschrift verpflichten Sie sich/verpflichtest Du Dich, über diese Informationen Still-schweigen zu bewahren. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt für die gesamte Behandlungs-dauer und danach.

Bild- und Tonaufnahmen

Unsere Klinik verfügt über die Möglichkeit, Bild- und Tonaufnahmen (Fotos, Videos, Tonbandaufnahme, etc.) anzufertigen. Die Aufzeichnungen werden im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen verwendet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- Diagnostik und Therapie: Ziel der Bild- und Tonaufnahmen ist in erster Linie die Verbesserung der Qualität in der Diagnostik, Einschätzung und Behandlung. Durch eine nachträgliche, genaue Betrachtung im interdisziplinären Team lässt sich die Qualität der Behandlung verbessern.
- Supervision und interne Lehre: Als Universitätsklinikum sind wir ein Ausbildungs Krankenhaus, d.h. die Ausbildung von Ärzten*innen, Therapeuten*innen, Pflegekräften etc. ist wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Dabei kann in Besprechungen eine entsprechende Aufnahme zur Behandlungsqualität beitragen.

Kontaktaufnahme für Studienanfragen

Wir führen wissenschaftliche Studien durch, um mehr über die Ursachen psychiatrischer Erkrankungen zu erfahren und um unser bisheriges Wissen erweitern zu können. Dadurch ist es uns möglich unsere Behandlung stetig zu verbessern. Sie/Du könnten/könntest uns bei der Weiterentwicklung des medizinischen Fachwissens helfen, von dem Menschen mit psychischen Störungen in Zukunft profitieren können. Wir würden uns freuen, wenn wir Sie und Ihr Kind/Dich im Rahmen von Studien kontaktieren dürften. Ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin würde sich bei Ihnen/Dir dann gegebenenfalls melden, um Ihnen/Dir die Studie ausführlich vorstellen zu können. Unsere Studien werden von der zuständigen Ethik-Kommission geprüft und zustimmend bewertet. Die Teilnahme an Studien ist freiwillig. Es besteht jederzeit die Möglichkeit die Teilnahme an einer Studie abzulehnen – ohne Angaben von Gründen und ohne Einschränkung auf die medizinische Versorgung und Rechte. Zudem können Sie/kannst Du jederzeit Ihr/Dein Einverständnis, im Rahmen von Studien von uns kontaktiert zu werden, widerrufen. Ihre/Deine Daten werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.



Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen

Informationsblatt

Video- und Telefonsprechstunde

Vermeehrt wird auch in unserem Hause zusätzlich auf Video- und Telefonsprechstunden zurückgegriffen. Sie stellen für uns ein zusätzliches Angebot dar. Es werden weiterhin persönliche Termine vor Ort durchgeführt. Sie können bei der Anmeldung und Terminvereinbarung angeben, ob die Durchführung von Videosprechstunden möglich und für Sie durchführbar ist.

Sollte dies der Fall sein, bekommen Sie in der Regel per E-Mail einen Link zugesandt über den Sie auf unser Videosystem zugreifen können.

Zur Durchführung benötigen Sie ein internetfähiges Endgerät mit Mikrofon und Kamera. Prüfen Sie bitte auch, dass die Einstellungen Ihres Browsers dafür aktiviert sind. Bitte achten Sie auf eine ruhige und gut beleuchtete Umgebung zur störungsfreien Durchführung. Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig und die Nutzung der Software erfolgt unentgeltlich.

Das Programm über das die Videosprechstunde durchgeführt wird ist von den Krankenkassen zertifiziert und anerkannt. Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zur Videosprechstunde erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V.

Wir informieren Sie hiermit:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich / mein Kind und Mitarbeitende der Klinik freiwillig ist
- Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes auf beiden Seiten in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt.
- Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.
- Die Mitarbeiter informieren im Rahmen der Sprechstunde entsprechend der Anforderungen die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von § 3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag –Ärzte SGB V)
- Sie willigen in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Mitarbeitende der Klinik ein. Immer entsprechend der sowieso geltenden Datenschutzbestimmungen
- Sie können jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen die Einwilligung bei den Mitarbeitenden der Klinik widerrufen

Ihre Checkliste

Notwendige Unterlagen vor dem Termin:

Bitte senden Sie folgende Unterlagen mit, sofern vorhanden:

- Arztbriefe (in Kopie)
- Therapieberichte (in Kopie)
- Schulverhaltensbericht (formlos) des/der Klassenlehrers/in
- Zeugniskopien der letzten 2 Jahre
- Jugendamtsberichte (in Kopie)

Notwendige Informationen und Unterlagen zum Termin:

Bitte kommen Sie **15 Minuten** vor Ihrem Ersttermin zur Anmeldung

- Überweisung von Ihrem Kinder- oder Hausarzt (für jedes Quartal notwendig!)
Mit Vermerk: Zur Diagnostik und Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz
- Versichertenkarte (bei gesetzlicher Versicherung)
- Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils, der nicht am Termin teilnimmt
- Einverständniserklärung bezüglich Video-/Foto-/Studienkontakt
- Gelbes Untersuchungsheft

Bitte beachten Sie, dass aufgrund von mehreren Baumaßnahmen im Kliniken Tal, die Parksituation und die Fußwege deutlich eingeschränkt sind. Es müssen längere Laufwege eingeplant werden (s. Anfahrtsbeschreibung).

Wir bitten dies, bezüglich Ihrer Anfahrt, mit einzuberechnen und entsprechend früher anzufahren. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

Anfahrtsbeschreibung



Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Die Busse der Linien 5, 13, 18 und 19 starten direkt gegenüber dem Tübinger Hauptbahnhof.

Buslinie 5:

Ausstieg an der Haltestelle „Kliniken Tal“, bitte überqueren Sie die Straße, anschließend folgen Sie der Ausschilderung „Psychiatrische Klinik“ (Fußweg ca. 10 Minuten)

Buslinien 13, 18 & 19:

Ausstieg Haltestelle „Calwer Straße“. Bitte folgen Sie der Beschilderung „Kliniken Tal“/ „Psychiatrische Klinik“. (Fußweg ca. 10 Minuten)

Anreise mit dem Auto:

Es empfiehlt sich entweder an der Schnarrenbergstraße an den seitlich der Fahrbahn befindlichen Parkbuchten oder im Parkhaus P3 (Innenstadt Kliniken, Röntgenweg 2) zu parken und der Beschilderung „Psychiatrische Klinik“ zu folgen.

Das Parken auf dem Privatgelände der Klinik ist nicht gestattet.

ANAMNESEBOGEN

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von: Mutter Vater _____

KIND / JUGENDLICHER

Vor- und Nachname

Geschlecht

männlich weiblich _____

Geburtsdatum

Geburtsort

Kind lebt bei

- Leiblichen Eltern Pflegeeltern
 Leiblicher Mutter Wohngruppe
 Leiblichem Vater Adoptiveltern

Aktuelle Schulart:

(Grundschule, Gemeinschaftsschule, etc.)

Klasse:

Klassenlehrer/in:

Name und Anschrift der Schule:

Tel.:

VORSTELLUNGSANLASS UND PROBLEMBEREICHE

Vorstellung veranlasst durch:

- Eltern Kinderarzt/Hausarzt: Therapeut: _____
 Schule Kindergarten _____

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Wann traten die bestehenden Probleme erstmals auf?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

Ziel der Vorstellung:

ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES	
VERLAUF IN DER SCHWANGERSCHAFT	Wievielte Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> __
	Falls Anzahl von Geschwistern von Anzahl Schwangerschaften abweicht: Welche Probleme sind aufgetreten?
	Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle von Angehörigen, Trennung, Umzug, etc.):
	Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt etc.):
	Risikofaktoren: <input type="checkbox"/> Rauchen. Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum. Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Drogenkonsum. Wenn ja, welche Drogen und wie viel?
GEBURT	Schwangerschaftswoche der Entbindung:
	Alter der Mutter bei Geburt:
	Verlauf / Komplikationen während der Geburt:
	Geburtsgewicht: <input type="text"/> Körpergröße: <input type="text"/> Kopfumfang: <input type="text"/> APGAR: <input type="text"/> NapH: <input type="text"/>
VERLAUF NACH DER GEBURT	Komplikationen nach der Geburt:
	Wurde ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum <input type="text"/> Lebensmonat

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.)

ALTER IN MONATEN	Motorische Entwicklung des Kindes		
	Alleine sitzen	Alleine stehen	Frei laufen
	Sprachliche Entwicklung des Kindes		
	Erste Worte sprechen	Einfache Sätze bilden	
	Sauberkeitsentwicklung des Kindes		
	Trocken/sauber tagsüber	Trocken/sauber nachts	Rückfälle

Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen? Wenn ja, welche?

Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:

- normal/gleich schnell entwickelt
 langsamer entwickelt
 rascher entwickelt

KITA-/KINDERGARTENZEIT

Besucht/besuchte Ihr Kind eine Kindertagesstätte (U-3)

ja, Eintrittsalter: Jahre Monate

nein

Gab es Auffälligkeiten?

ja, welche _____

nein

Besucht/besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

ja, Eintrittsalter: Jahre Monate

nein, weil:

<p>Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (z.B. Trennungsängstlichkeit)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p>	
<p>Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den anderen Kindern zurecht?</p>	<p>Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den Erzieher/innen zurecht?</p>
<p>Gibt / gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p>	
<p>Gab es während der Kindergartenzeit Unterstützungsmaßnahmen von außen?</p> <p><input type="checkbox"/> Integrationskraft <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>	
<p>Wie gerne geht/ging Ihr Kind in den Kindergarten?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr gerne <input type="checkbox"/> gerne <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> nicht so gerne <input type="checkbox"/> sehr ungern</p>	
<p>Gab es einen Kindergartenwechsel?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann _____ (Jahr; Alter des Kindes), warum:</p>	
<p>SCHULISCHE ENTWICKLUNG</p>	
<p>Wann wurde Ihr Kind eingeschult?</p> <p>Schuljahr: _____ Alter des Kindes: <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</p> <p>Welche Schule: _____</p>	
<p>Gab es bei Einschulung/zu Beginn der Schulzeit Schwierigkeiten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p>	
<p>Gab/gibt es in der Grundschulzeit Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?</p>	
<p>Wie kommt/kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Kindern zurecht?</p>	<p>Wie kommt/kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Lehrkräften zurecht?</p>
<p>Hat ihr Kind in der Grundschule eine Klasse wiederholt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche, weshalb:</p>	
<p>Einschulung in Klasse 5 (weiterführende Schule)</p> <p>Welche Schule: _____</p>	

Kam es zu Schulwechseln?

nein ja, wann (Klassenstufe): _____ welche Schule _____

Hat Ihr Kind eine Klasse in der weiterführenden Schule wiederholt?

nein ja, welche: _____ weshalb: _____

Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes in der Schule aktuell beschreiben?

Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?

überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes:

zufrieden meistens zufrieden selten zufrieden unzufrieden

Noten des letzten Zeugnisses/Halbjahresinformation:

Mathe: _____ Deutsch: _____ Englisch: _____

Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?

nein ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung): _____

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

nein ja, welche, wann: _____

BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE FÜR DAS KIND

Bitte beschreiben (z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, etc.)

Trennungserfahrungen: _____ wann: _____

Scheidung der Eltern: _____ wann: _____

Tod (wichtiger Bezugsperson): _____ wann: _____

Geburt von Geschwistern: _____ wann: _____

Unfall: _____ wann: _____

_____ wann: _____

FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG					
Wie häufig...	Jeden Tag	Etwa 3-5 Mal pro Woche	Etwa 1-2 Mal pro Woche	Seltener	Nie
...trifft sich Ihr Kind mit anderen Kindern (außerhalb der Schulzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden? (Sportverein, Gemeinde, Musikinstrument, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welchen regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht ihr Kind nach? (Bsp.: Fußball, Chor, Pfadfinder, etc.)					
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien?					
	Weniger als 1 Stunde	Etwa 1-2 Stunden	Etwa 3-4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy / Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer / Tablet / Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playstation / Wii / Konsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind insgesamt mit elektronischen Medien? (TV, PC, Tablet, Handy, etc.)					
Montag bis Freitag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden		Wochenende: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden			
KRANKHEITEN UND ALLERGIEN					
Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?					
Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?					
Bisherige Krankenhausaufenthalte:					

Chronische Erkrankungen

Asthma, seit: _____
 Medikation: _____

andere: _____ seit: _____
 Medikation: _____

Allergien

Medikamente: _____

Nahrungsmittel: _____

Gräser / Bäume: _____

Tierhaare: _____

andere: _____

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich?

Am Tag: In der Nacht:

Wie lange braucht Ihr Kind um einzuschlafen?

10-30 Min.
 30-60 Min.
 60-90 Min.
 90 -120 Min.

Wacht Ihr Kind häufig nachts auf?

nein ja, wie oft:
 weshalb (z. B. Alpträume, unruhiger Schlaf, etc.):

Wie reagieren Sie dann als Eltern?

FAMILIE

	<input type="checkbox"/> Leibliche Mutter <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Leiblicher Vater <input type="checkbox"/> Adoptivvater <input type="checkbox"/> Pflegevater
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Handy		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitsumfang Std./Woche		

Höchster allgemein- bildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
Höchster beruflicher Abschluss	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachschule, z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____
Berufliche Stellung (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten)	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> Landwirtin im Haupterwerb <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Landwirt im Haupterwerb <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt)

	<input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt) <input type="checkbox"/> Auszubildende, Praktikantin, Volontärin <input type="checkbox"/> Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="checkbox"/> Auszubildender, Praktikant, Volontär <input type="checkbox"/> Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen
Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
LEBENSITUATION DER ELTERN		
<input type="checkbox"/> zusammenlebend, seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____		<input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____ <input type="checkbox"/> andere Familienkonstellation: _____
FÜR GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE		
	Lebenspartner/in der Mutter	Lebenspartner/in des Vaters
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Partnerschaft seit		
Zusammenlebend seit		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		

Arbeitsumfang Std./Woche		
Höchster allgemein-bildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____
Höchster beruflicher Abschluss	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z. B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachschule, z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z. B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____
Berufliche Stellung (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten)	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> Landwirtin im Haupterwerb	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Landwirt im Haupterwerb <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter

	<input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt) <input type="checkbox"/> Auszubildende, Praktikantin, Volontärin <input type="checkbox"/> Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt) <input type="checkbox"/> Auszubildender, Praktikant, Volontär <input type="checkbox"/> Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen
Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
UMGANGSREGELUNG (BEI GETRENNT LEBENDEN ELTERNPAAREN)		
<input type="checkbox"/> Es besteht Kontakt mit dem getrenntlebenden Elternteil. Wie häufig?		
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Kontakt mit dem leiblichen Vater / der leiblichen Mutter. Seit wann und warum?		
Umgangsregelung entstanden durch:		
<input type="checkbox"/> Eltern untereinander / einvernehmlich <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Gericht <input type="checkbox"/> _____		

Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Regelung?					
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden					
Andere Wohn-/Lebenssituation:					
<input type="checkbox"/> lebt bei den Großeltern Hauptansprechpartner: _____					
<input type="checkbox"/> lebt in Wohngruppe					
GESCHWISTER					
	1	2	3	4	5
Vorname					
Nachname					
Geburtsdatum					
Beziehung	<input type="checkbox"/> Voll-geschwister <input type="checkbox"/> Halb-geschwister <input type="checkbox"/> Stief-geschwister				
Falls Halbgeschwister/ Stiefgeschwister	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits				
Klasse; Schulart oder Schulabschluss					
Ausbildung / Beruf					
Gibt es Probleme, Auffälligkeiten oder Erkrankungen?	Körperlich:	Körperlich:	Körperlich:	Körperlich:	Körperlich:
Wenn ja, welche?	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:
Lebt mit dem Kind/Jugendlichen im gleichen Haushalt? (ja/nein)					
BEKANNTE ERKRANKUNGEN UND AUFFÄLLIGKEITEN IN DER FAMILIE					
Welche körperlichen und psychischen Erkrankungen liegen bekanntermaßen in der Familie vor?	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Opa (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Sonstige Verwandte
	<u>körperlich:</u>	<u>körperlich:</u>	<u>körperlich:</u> ms: vs:	<u>körperlich:</u> ms: vs:	<u>körperlich:</u> ms: vs:

	<u>psychisch:</u>	<u>psychisch:</u>	<u>psychisch:</u> ms: vs:	<u>psychisch:</u> ms: vs:	<u>psychisch:</u> ms: vs:
Suizidversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollendete Suizide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BISHERIGE LÖSUNGSVERSUCHE / BEHANDLUNGEN

Welche Empfehlungen wurden bisher ausgesprochen (von Kinderarzt, Schule, Therapeuten, etc.)?

Was haben Sie oder andere (z. B. Schule, etc.) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

Bisherige Behandlungen/Therapien

(Bsp.: Frühförderung, Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Medikation)

Art der Behandlung <small>(Bei Therapie: Art und Name des Therapeuten/ Arzt bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung)</small>	Alter (bei Beginn)	Dauer (Monate und Häufigkeit/ Anzahl der Kontakte)	Wo/Was konkret?
Ergotherapie			
Logopädie			
Lerntherapie			
Psychologische Beratungsstelle			
Ambulante Psychotherapie			
Art der Behandlung <small>(Bei Therapie: Art und Name des Therapeuten/Arzt, bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung)</small>	Alter (bei Beginn)	Dauer (Monate und Häufigkeit/Anzahl der Kontakte)	Wo/Was konkret?
Kinderpsychiatrische Behandlung			
Teilstationäre Psychotherapie (Tagesklinik)			
Stationäre Psychotherapie			

Ambulante Krisenintervention/Notfallvorstellung			
Stationäre Krisenintervention			
Medikation			Medikation: Dosierung:
Sonstiges			
Bisherige Diagnosen (sofern bekannt):			
JUGENDAMT			
Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wenn ja, welches Jugendamt war/ist zuständig?			
<input type="checkbox"/> Tübingen <input type="checkbox"/> Reutlingen <input type="checkbox"/> _____			
Zuständiger Ansprechpartner/in:			
Name: _____			
Telefonnummer: _____			
Art, der Hilfen durch das Jugendamt:		Beginn und Umfang (pro Woche) der Hilfe:	
<input type="checkbox"/> Beratung		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Aufsuchende Familienhilfe (SPFH)		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Erziehungsbeistandschaft (EZB)		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Intensive Einzelfallhilfe		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Familientherapie		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Tagesgruppe		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Wohngruppe		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von vier Tagen oder länger?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

Falls Sie möchten, können Sie hier aufführen, mit welchen Erwartungen Sie zu uns kommen:

Vielen Dank!
