



**Universitätsklinikum
Tübingen**

**Medizinisches Versorgungszentrum des
Universitätsklinikums Tübingen**

Zweigpraxis für

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Doblerstr. 1

72074 Tübingen

Lena Flik, M.Sc. Psych.

Kathrin Lang, M.A. Soz. Päd.

Natalie Richardt, M.A. Soz. Päd.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Tel.: 07071 / 29 62 547

E-Mail: mvz-kjpt@med.uni-tuebingen.de

Sprechzeiten:

Montag - Donnerstag: 12:00 - 16:00 Uhr
und nach Vereinbarung

Telefonische Erreichbarkeit:

Mittwoch + Freitag 11 - 12 Uhr und 13 - 14 Uhr

Liebe*r Jugendliche*r,

Du hast Interesse an einem ambulanten Therapieplatz in unserer Psychotherapiepraxis für Kinder und Jugendliche. Damit ein möglichst reibungsloser Ablauf gelingt, bitten wir Dich darum, den Anmeldebogen auszufüllen und uns zurückzuschicken. Es ist möglich, dass Du dich ohne deine Eltern (Sorgeberechtigten) an uns wendest. Dann kannst du den Anmeldebogen auch allein ausfüllen.

Wir setzen uns dann mit Dir in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Liebe Eltern,

Sie haben Interesse an einem ambulanten Therapieplatz für Ihr Kind in unserer Psychotherapiepraxis für Kinder und Jugendliche. Damit ein möglichst reibungsloser Ablauf gelingt, bitten wir Sie darum, den Anmeldebogen auszufüllen und uns zurückzuschicken.

Wir setzen uns dann mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des MVZ

Zweigpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Anmeldebogen MVZ



**Universitätsklinikum
Tübingen**

**Medizinisches Versorgungszentrum des
Universitätsklinikums Tübingen**

Zweigpraxis für
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Doblerstr. 1
72074 Tübingen

Lena Flik, M.Sc. Psych.
Kathrin Lang, M.A. Soz. Päd.
Natalie Richardt, M.A. Soz. Päd.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Tel.: 07071 / 29 62 547
E-Mail: mvz-kjpt@med.uni-tuebingen.de

Sprechzeiten:
Montag - Donnerstag: 12:00 - 16:00 Uhr
und nach Vereinbarung

Telefonische Erreichbarkeit:
Mittwoch + Freitag 11 - 12 Uhr und 13 - 14 Uhr

Postalisch:
MVZ UKT
Zweigpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Doblerstr. 1, 72074 Tübingen
E-Mail: mvz-kjpt@med.uni-tuebingen.de

Diese Unterlagen wurde ausgefüllt am _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** _____

Wohnhaft bei beiden Eltern der Mutter dem Vater _____

Telefonnummer und E-Mail-Adresse der/des Jugendlichen (optional):

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

Angaben zur Versicherung: (Daten sind auf der Versichertenkarte zu finden)	
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	
Name der Krankenkasse: Nummer der Krankenkasse:	Versichertennummer (Kind): Hauptversicherte/r, inkl. Geb.datum (ein Elternteil):
Bisherige Vorbehandlungen – (Vor-)Befunde/Berichte bitte zuschicken	
Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendtherapeut*innen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und zu wem?	
Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater*innen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und zu wem?	
Fand bereits ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Aufenthalt statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und wo?	
Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung (Diagnostik) statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und wo?	
Gibt es aktuell eine Medikamenteneinnahme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche und wie dosiert?	
Schule/Ausbildung	
Schulart/Ausbildungsform: (Grundschule, Gemeinschaftsschule, etc.) Klasse: Klassenlehrer*in:	Name und Anschrift der Schule: Tel.:

Vorstellungsanlass und Problembereiche				
Vorstellung veranlasst durch: <input type="checkbox"/> Kind/ Jugendliche*r <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt, <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> _____				
Vorstellungsanlass: 				
Gab es einschneidende Lebensereignisse? 				
Wann traten die bestehenden Probleme erstmals auf? 				
Was sind Ziele und Wünsche für die Therapie? 				
Gibt es sonst etwas Wichtiges, das wir wissen sollten? 				
Mögliche Zeiten für die Therapie:				
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/> 8-9 Uhr	<input type="checkbox"/> 8-9 Uhr	<input type="checkbox"/> 8-9 Uhr	<input type="checkbox"/> 8-9 Uhr	<input type="checkbox"/> 8-9 Uhr
<input type="checkbox"/> 9-10 Uhr	<input type="checkbox"/> 9-10 Uhr	<input type="checkbox"/> 9-10 Uhr	<input type="checkbox"/> 9-10 Uhr	<input type="checkbox"/> 9-10 Uhr
<input type="checkbox"/> 10-11 Uhr	<input type="checkbox"/> 10-11 Uhr	<input type="checkbox"/> 10-11 Uhr	<input type="checkbox"/> 10-11 Uhr	<input type="checkbox"/> 10-11 Uhr
<input type="checkbox"/> 11-12 Uhr	<input type="checkbox"/> 11-12 Uhr	<input type="checkbox"/> 11-12 Uhr	<input type="checkbox"/> 11-12 Uhr	<input type="checkbox"/> 11-12 Uhr
<input type="checkbox"/> 13-14 Uhr	<input type="checkbox"/> 13-14 Uhr	<input type="checkbox"/> 13-14 Uhr	<input type="checkbox"/> 13-14 Uhr	<input type="checkbox"/> 13-14 Uhr
<input type="checkbox"/> 14-15 Uhr	<input type="checkbox"/> 14-15 Uhr	<input type="checkbox"/> 14-15 Uhr	<input type="checkbox"/> 14-15 Uhr	<input type="checkbox"/> 14-15 Uhr
<input type="checkbox"/> 15-16 Uhr	<input type="checkbox"/> 15-16 Uhr	<input type="checkbox"/> 15-16 Uhr	<input type="checkbox"/> 15-16 Uhr	<input type="checkbox"/> 15-16 Uhr