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

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

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

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: Adresse:	Name: Adresse:	Name: Adresse:
Telefon: Mobil: E-Mail:	Telefon: Mobil: E-Mail:	Telefon: Mobil: E-Mail:
Sorgerecht ☐ Ja ☐ Nein	**Sorgerecht** ☐ Ja ☐ Nein	**Sorgerecht** ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zur Versicherung: (Daten sind auf der Versichertenkarte zu finden) ☐ gesetzlich ☐ 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? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann und zu wem?
Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater*innen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann und zu wem?
Fand bereits ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Aufenthalt statt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann und wo?
Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung (Diagnostik) statt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann und wo?
Gibt es aktuell eine Medikamenteneinnahme? ☐ ja ☐ 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: ☐ Kind/ Jugendliche*r ☐ Eltern ☐ Kinderarzt/Hausarzt ☐ Schule ☐ Kindergarten ☐_____
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?