

Anmeldung Erstgespräch

Datum: _____

Allgemeine Angaben

Wer meldet an?

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Telefonnummer: _____

Verhältnis zum Kind (bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ leibliche Elternteile | ☐ Stiefelternteil | ☐ Großelternteil |
| ☐ Adoptivelternteil | ☐ Pflegeelternteil | ☐ andere |

Wer hat die Vorstellung in unserer Ambulanz empfohlen?

Haben Sie die Thematik bereits mit ihrem Kinderarzt/Hausarzt besprochen? (Bitte Name und Anschrift der behandelnden Ärzte)

Ist Ihr Kind in der Vitos Ambulanz/Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit bekannt?

- ☐ ja ☐ nein

Gab es Vorbehandlung? Bei wem? (bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Ergotherapie | ☐ Logopädie | ☐ Frühförderung |
| ☐ SPZ (=Sozialpädiatrisches Zentrum) | ☐ keine Vorbehandlungen | |

- Falls es Vorbehandlungen gab, bitte Befunde anhängen!

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geb.am: _____

Wohnort*: _____ Straße*: _____

Landkreis: _____ Telefonnummer*: _____

Sprache: _____ Dolmetscher mitbringen möglich? ☐ ja ☐ nein

(*) Falls abweichend von o.g. Kontaktdaten

Wer hat das Sorgerecht inne?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?

Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?

☐ ja

☐ nein

→ Wenn ja, bitte beschreiben:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

☐ ja

☐ nein

→ Wenn ja, welche?

Verletzt sich Ihr Kind absichtlich selbst oder hat Selbstmordgedanken?
(Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung bitte sofort telefonisch melden)

☐ ja

☐ nein

→ Wenn ja, bitte beschreiben:

Hört Ihr Kind Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind?

☐ ja

☐ nein

→ Wenn ja, bitte beschreiben:

Hat Ihr Kind seltsame Gedanken oder Ideen?

☐ ja

☐ nein

→ Wenn ja, bitte beschreiben:

Besuchte Schule und Klasse/Kindergarten (Name des Ansprechpartners):

Besucht keine Schule seit: _____

Warum besucht Ihr Kind keine Schule?

Besucht unregelmäßig die Schule seit: _____

Droht eine Suspendierung?

☐ ja

☐ nein

Wurde schon mal eine BFZ- Kraft (=Berufsbildungs-/Förderzentrum) oder ein schulpsychologischer Dienst aufgesucht?

☐ ja

☐ nein

Wird Ihr Kind durch eine Teilhabeassistenz unterstützt?

☐ ja

☐ nein

➔ Wenn ja, seit wann: _____

Hatten Sie bereits Kontakt zum Jugendamt?

☐ ja

☐ nein

➔ Wenn ja, warum? Zuständige Jugendamt und Ansprechpartner:

Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursache (bitte ankreuzen)

☐ Kopfschmerzen

☐ Übelkeit

☐ Bauchschmerzen

☐ andere Schmerzen/Beschwerden _____

Verstößt zu Hause, in der Schule oder anderswo gegen die Regeln?

☐ ja

☐ nein

Zerstört Sachen/Gegenstände, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören?

☐ ja

☐ nein

Gerät leicht in Raufereien/ Schlägereien?

☐ ja

☐ nein

Lügt, betrügt oder schwindelt?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind Über- oder Untergewicht?

☐ ja

☐ nein

➔ Wenn ja, bitte Größe und Gewicht angeben: Größe: _____ Gewicht: _____

Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen?

☐ ja

☐ nein

Kann nicht still sitzen, ist unruhig oder überaktiv?

☐ ja

☐ nein

Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge?

☐ ja

☐ nein

Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen?

☐ ja

☐ nein

Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel?

☐ ja

☐ nein

Ist lieber alleine als mit anderen zusammen?

☐ ja

☐ nein

Hat sexuelle Probleme?

☐ ja

☐ nein

➔ Wenn ja, bitte beschreiben:

Nimmt Drogen oder konsumiert Alkohol?

☐ Drogen

☐ Alkohol

☐ nein

Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen:

☐ schläft weniger

☐ schläft mehr

☐ nein

Hat Schwierigkeiten beim Sprechen:

☐ ja

☐ nein

➔ Wenn ja, bitte beschreiben:

Einverständniserklärung zur ambulanten Vorstellung

Das Sorgerecht für das Kind / die/den Jugendliche/n _____
geb. _____ wohnhaft _____

liegt ☐ vollständig, ☐ teilweise:
☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht ☐ Gesundheitsvorsorge
☐ rechtliche Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden
☐ Recht auf Antragstellung öffentlicher Hilfen bzw. Hilfen nach dem SGB VIII

bei ☐ beiden Eltern ☐ der Mutter ☐ dem Vater
☐ sonstigen Personen _____

Hiermit erkläre ich / erklären wir

Name: _____	Name: _____
wohnhaft: _____	wohnhaft: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____
Beruf: _____	Beruf: _____

mich/uns damit einverstanden, dass unser Sohn / unsere Tochter
in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Wetzlar zur ärztlichen und
psychologischen Diagnostik und ggf. zur Behandlung vorgestellt wird.



Ich /wir habe/n die Patienteninformation zum Datenschutz sowie zur
Elektronischen Patientenakte zur Kenntnis genommen.
(Sie gelangen über den QR-Code zu den entsprechenden Informationen unter „Wichtige
Infos und Unterlagen“)

Mit meiner / unserer Unterschrift bestätige ich / bestätigen wir die Richtigkeit
meiner / unserer Angaben.

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____
Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Bei ehelicher Trennung vom nicht vorstellenden Elternteil auszufüllen:

- ☐ Ich bin an einem persönlichen Gespräch interessiert und werde mich zwecks
Terminvereinbarung unter der Tel.-Nr.: 06 44 14 46 - 56 50 melden
- ☐ Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass ich als Sorgeberechtigte/r einen Abschlussbericht
anfordern kann.

Name, Vorname, Straße, Ort

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____