



**Zentrum für
Psychotherapie
Stuttgart**

SZVT - Zentrum für Psychotherapie
Psychotherapeutische Ambulanz | Christophstr. 8 | 70178 Stuttgart

**Psychotherapeutische
Ambulanz**
für **Erwachsene,
Kinder und Jugendliche**

Christophstr. 8
70178 Stuttgart

Tel.: 07 11 / 96 696-61

Fax: 07 11 / 96 696-66

E-Mail: ambulanz@szvt.de

Internet: www.szvt.de

Institutsleitung

Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider

Stellv. Institutsleitung

Dipl.-Psych. Tina Betschinger

Ambulanzleitung

Dipl.-Psych. Leonie Thies

Eingangsfragebogen Kinder / Jugendliche

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben bei uns um einen Therapieplatz für Ihr Kind angefragt. Wie bereits am Telefon angekündigt, senden wir Ihnen heute unseren Eingangsfragebogen. Er enthält eine Reihe von Fragen zur persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Sie veranlassen haben, sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns einzuschätzen, ob wir Ihrem Kind ein passendes Therapieangebot machen können. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Aufgrund der sehr hohen Nachfrage führen wir KEINE Warteliste mehr. Wartezeiten von bis zu einem Jahr, die sich beim Führen einer Warteliste ergeben würden, sind nicht sinnvoll, so dass frei werdende Therapieplätze in unserer Ambulanz zeitnah an nachfragende Patienten vergeben werden.

Wenn Sie also nach sechs bis acht Wochen nichts von uns gehört haben, haben wir derzeit keine freien Kapazitäten und können Ihrem Kind leider keinen Therapieplatz anbieten.

In diesem Fall empfehlen wir Ihnen, sich bei Ihrer zuständigen Krankenkasse oder bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (<http://www.arztsuche-bw.de>) zu erkundigen, welche weiteren Therapeuten für Ihr Kind in Frage kämen. Sie haben auch die Möglichkeit, sich über das Patiententelefon Medcall der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, erreichbar unter 0711/78753966, bei der Suche unterstützen zu lassen.

Zum Zwecke des Datenschutzes wird nach Ablauf der 8 Wochen Ihr eingesendeter Fragebogen vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Leonie Thies
Leiterin der Ambulanz

Judith Schuler
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Trägerin des SZVT: RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH
mit Sitz in Kleve
Eingetragen Amtsgericht Kleve
HRB 8516

USt-Id-Nr.: DE814812734

Geschäftsführer: Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider
Dr. med. Norbert Weißig

Geschäftskonto SZVT: Volksbank Kleverland eG
Kto.-Nr. 20 981 040 [IBAN DE46 3246 0422 0020 9810 40]
BLZ 324 604 22 [BIC GENODE1.KLL]

Geschäftsstelle:
Nassauerallee 75
47533 Kleve
Telefon: 02821 – 895 98 80
Fax: 02821 – 895 99 02
E-Mail: info@rhap.de

Sie interessieren sich für eine **Behandlung** in unserer **psychotherapeutischen Ambulanz für Kinder- und Jugendliche** in Stuttgart.

Um Ihrem Anliegen fachgerecht entsprechen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Anmeldebogen auszufüllen und uns an die o.g. Adresse zukommen lassen.

1. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Versichert über: Vater Mutter bei Krankenkasse: _____

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: _____

2. Angaben zu den Eltern

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater Sonstige: _____

Name der Mutter: _____ Name des Vaters: _____

Alter der Mutter: _____ Alter des Vaters: _____

Beruf der Mutter _____ Beruf des Vaters: _____

3. Zeitlicher Rahmen für eine Psychotherapie

Eine Psychotherapie bedeutet eine regelmäßige Behandlung. In der Regel finden wöchentlich Termine mit einer Dauer von 50 Minuten statt. Bitten geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihrem Kind möglich ist, Termine bei uns wahrzunehmen.

Wochentag	Vormittags		Nachmittags	
Montag	von	bis	von	bis
Dienstag	von	bis	von	bis
Mittwoch	von	bis	von	bis
Donnerstag	von	bis	von	bis
Freitag	von	bis	von	bis
Samstag	von	bis	von	bis

4. Angaben zu den Geschwistern

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

5. Lebensverhältnisse

Bei wem lebt das Kind/ der Jugendliche? _____

Wie häufig Kontakt zur Mutter? _____

Wie häufig Kontakt zum Vater? _____

Leben noch weitere Personen im Haushalt und wenn ja, wer? _____

6. Vorstellungsanlass

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind? Bei Jugendlichen: Welche Sorgen führen Dich hierher?

Wann ist das Problem, das zur Vorstellung führt, erstmalig aufgetreten?

- Ist das Problem plötzlich
 allmählich aufgetreten?

Gab es besondere Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Problems zusammenfielen?

Wie hat sich das Problem im Laufe der Zeit verändert?

- wurde immer stärker
- gleichbleibend
- ist schwächer geworden

In welchen Situationen zeigt sich das Problem verstärkt (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

In welchen Situationen tritt das Problem seltener oder gar nicht auf (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

7. Bisherige Lösungsversuche

Was haben Sie bisher versucht, um das Problem in den Griff zu bekommen (bei Jugendlichen: *Was hast Du bisher versucht, um das Problem zu lösen*)?

- In Ihrem Erziehungsverhalten (bei Jugendlichen: *beim eigenen Verhalten und Erleben*):

- Durch Hilfe anderer (bitte genau angeben):

Schule (Lehrer, Psychologen): _____

Beratungsstelle: _____

Haus- oder Kinderarzt: _____

Psychotherapeutische Praxis: _____

Kinder- und Jugendpsychiater: _____

Krankenhaus / Kinderklinik: _____

Jugendamt: _____

andere Einrichtungen: _____

andere Personen: _____

Welche Maßnahmen wurden von diesen Personen / Einrichtungen getroffen, mit welchem Erfolg?

Wie sind Sie / bist Du auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden (Arzt, Kollege, Internet, Jugendamt etc.)?

Mein Therapeut / der Therapeut meines Kindes sollte:

weiblich sein männlich sein das Geschlecht ist nicht so wichtig

8. Vorgeschichte

1) Schwangerschaft / Geburt / Neugeborenenzeit

Wie verlief die Schwangerschaft (Auffälligkeiten wie schweres Erbrechen, vorzeitige Wehen, Alkohol, fieberhafte Erkrankungen, Medikamente, etc.)?

Wie verlief die Geburt? normal Frühgeburt Spätgeburt

Komplikationen (z.B. Zangengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnur um Hals)

War Ihr Kind innerhalb den ersten 4 Lebenswochen auffällig blass oder blau, musste es stationär behandelt werden?

nein ja: bitte angeben, wie lange Behandlung und ob Beatmung notwendig war

Gab es sonstige Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen machten (Bewegungsarmut, auffallende Unruhe, häufiges Spucken, Krampfanfälle, häufiges Schreien und Sonstiges)?

2) Körperliche und geistige Entwicklung

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle?

nein ja, und zwar: _____ im Alter von _____
_____ im Alter von _____

Wie verlief die Entwicklung?

Freies Laufen mit _____ Monaten

Erstes sinnvolles Wort mit _____ Monaten

Erste kleine Sätze mit _____ Monaten

Sauber mit _____ Monaten

Hat Ihr Kind körperliche oder geistige / kognitive Einschränkungen? (Seit wann?)

- nein
- Sehschwäche (Brille: ja/nein), seit _____
- Hörschäden, seit _____
- Sprachstörungen, seit _____
- Schäden an Körper und Gliedmaßen, seit _____
- Bewegungs- und / oder Koordinationsstörungen, seit _____
- Allergien, seit _____
- geistige Schwächen, seit _____
- andere Schwächen / Einschränkungen _____ seit _____

Nahm oder nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

nein ja, welche? _____

3) Kindergarten

Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten?

nein ja, vom ____ bis ____ Lebensjahr

Gab/gibt es dort Probleme?

nein ja, welche (Trennung, Probleme mit anderen Kindern etc.)?

4) Schulzeit

Gegenwärtig besucht mein Kind / der Jugendliche die ____ Klasse einer _____ (Haupt-, Real-, Gesamt-, Förderschule etc.).

- Schullaufbahn: normaler Verlauf
 verspätete Einschulung (Zurückstellung), wegen _____
 Wiederholung der Klasse _____
 Überspringen der Klasse _____
 Schulwechsel im Jahre _____
 zeitweise keine Schule besucht von ____ bis _____, wegen _____

Stärken hat er / sie in: _____

Schwächen hat er / sie in: _____

Bitte legen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?

- nein ja, und zwar:

- Regelmäßigkeit der Schulbesuche: regelmäßig
 verspätet sich oft
 schwänzt häufig
 fehlt oft, wegen: _____

Hausaufgaben: Wie lange meistens? _____

Alleine oder mit Hilfe? _____

Probleme ? _____

5) Erziehung

Von wem wurde das Kind /der Jugendliche bisher vorwiegend erzogen?

- von der Mutter vom Vater von den Großeltern von: _____

Welche anderen Personen üben einen Einfluss auf die Erziehung aus?

Welche Erziehungsregeln/-methoden sind Ihnen wichtig (z.B. wie belohnen und bestrafen Sie Ihr Kind im Allgemeinen)?

Art der Belohnung: _____

Art der Bestrafung: _____

Hat das Kind / der Jugendliche regelmäßige Pflichten?

nein ja, welche? _____

6) *Interessen und Fähigkeiten*

Welche Interessen, Neigungen und Fähigkeiten hat das Kind / der Jugendliche?

7) *Beziehungen zu anderen*

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind/Jugendlichem und Eltern?

Zur Mutter: _____

Zum Vater: _____

Wie verträgt sich das Kind / der Jugendliche mit den Geschwistern?

im Allgemeinen gut, mit: _____

nicht so gut, mit: _____

schlecht, mit: _____

entfällt, da keine Geschwister

Häufigster Anlass zum Streit ist: _____

Hat das Kind / der Jugendliche Freunde?

nein ja, Anzahl und Alter _____

Wie häufig verbringt das Kind / der Jugendliche seine Freizeit mit Freunden?

- fast täglich
- nicht täglich, sondern: _____
- ist lieber für sich allein

Wie verträgt sich das Kind / der Jugendliche in der Gruppe (außerhalb der Schule)?

- kommt gut mit anderen aus
- versucht andere zu beherrschen
- ist leicht durch andere zu beeinflussen
- will häufig alles bestimmen, ist rechthaberisch
- nimmt anderen gerne etwas weg
- zwickt, stößt, schlägt andere häufig
- wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen oder geschlagen
- wird oft von anderen beschimpft
- prahlt gerne vor anderen, gibt an
- zieht sich von den anderen zurück
- wird von den anderen wenig beachtet bzw. gemieden

Welche Probleme gibt es in Beziehungen zu anderen Personen?

9. Vorbefunde

Bitte legen Sie Vorbefunde aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen in Kopie bei.

Sollten Sie wegen der beschriebenen Probleme bereits von einer anderen Person / Einrichtung betreut werden, bitten wir Sie, den folgenden Bogen an diese mit der Bitte weiterzuleiten, Angaben über Art und Umfang der Maßnahme, Zielsetzungen und des bisherigen Verlaufs zu machen. Dieser Bogen kann durch den für Sie zuständigen Therapeuten (Logopäde, Ergotherapeut, Physiotherapeut u.ä.) oder Berater und Helfer direkt an uns geschickt werden. Sie können ihn aber auch zum Erstgespräch persönlich mitbringen (Angaben auf Extrablatt).

Datum: _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Allgemeine Informationen zu Psychotherapien am *Zentrum für Psychotherapie Stuttgart*

Das psychotherapeutische Angebot richtet sich an Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die unter psychischen Problemen und Störungen leiden. Wir behandeln alle psychischen Störungen von Krankheitswert, für die es wissenschaftlich entwickelte Therapieansätze der modernen Verhaltenstherapie gibt. Unsere Behandlungsmethoden richten wir stets am neuesten Stand der Psychotherapieforschung aus. Erprobte Behandlungsangebote werden systematisch verbessert und neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt.

Die Behandlungskosten werden bei gegebener Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Unsere Ambulanz ist nach dem Psychotherapeutengesetz zum Zwecke der Ausbildung, Lehre und Forschung ermächtigt. Unsere Therapeutinnen und Therapeuten befinden sich nach dem Abschluss ihres Studiums in einer postgradualen Ausbildung. Alle Therapeuten haben bereits therapeutische Berufserfahrung im stationären und ambulanten Bereich. Die Behandlungen finden unter engmaschiger Supervision (Fachanleitung) durch anerkannte Supervisoren statt, so dass jederzeit eine hohe Behandlungsqualität garantiert ist. Die Supervision ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung von Psychotherapie in unserem Haus. Das Ziel der Supervision ist die Optimierung Ihrer Therapie.

Für die Supervision werden alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video aufgenommen. Diese Aufnahmen dienen der Vorbereitung und Supervision der Psychotherapiesitzungen. Alle an der Supervision Beteiligten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Zustimmung beider Erziehungsberechtigten zur Erstvorstellung und Behandlung in unserer Ambulanz notwendig. (siehe beiliegende Einverständniserklärung)

Ich habe die Informationen zu Psychotherapien am *Zentrum für Psychotherapie Stuttgart* zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

Sämtliche Angaben werden von uns vertraulich behandelt! Sie stellen die Grundlage für unsere Vorbereitung und die Einladung zu einem Erstgespräch dar, in dem wir mit Ihnen den Therapiebedarf und die formalen Rahmenbedingungen zur Aufnahme einer Therapie eingehend besprechen.

Vielen Dank für die umfassende Auskunft und Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den Fragebogen zurück an: RHAP Beratungs-und Entwicklungs-GmbH
SZVT - Zentrum für Psychotherapie Stuttgart
Psychotherapeutische Ambulanz für Kinder-und Jugendliche
Christophstr. 8
70178 Stuttgart

**Erklärung über die Zustimmung zu einer psychotherapeutischen
Behandlung des Kindes / Jugendlichen bei getrennt lebenden oder
geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht**

Name des Kindes/Jugendlichen:.....

Name des 1. Sorgeberechtigten:.....

Name des 2. Sorgeberechtigten:.....

Hiermit erklären wir uns mit der Vorstellung / Behandlung des oben genannten Kindes /
Jugendlichen in der psychotherapeutischen Ambulanz des
SZVT – Zentrum für Psychotherapie, Christophstr. 8, 70178 Stuttgart, einverstanden.

Ort, Datum:.....

Ort, Datum:.....

.....
Unterschrift (1. Sorgeberechtigter)

.....
Unterschrift (2. Sorgeberechtigter)

Zur Vorlage für weitere Helferpersonen /-systeme

Name, Vorname des Kindes /des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Für die Diagnostik und Einschätzung Ihres Patienten in unserer psychotherapeutischen Ambulanz bitten wir Sie um einen aktuellen Bericht bzw. die Beantwortung folgender Fragen:

Beginn der Maßnahme/Therapie:

Vorstellungsanlass:

Ziele:

Verlauf der Maßnahme/Therapie:

Voraussichtliche Dauer der Maßnahme/Therapie:

Gibt es von Ihrer Seite Wünsche/Ziele für eine psychotherapeutische Behandlung?

Wie können wir mit Ihnen in Kontakt treten?

Name:

Einrichtung:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!