

Liebe Eltern,

bitte beantworten Sie für die Anmeldung folgende Fragen möglichst vollständig und sorgfältig. So können wir besser einschätzen, ob Ihr Kind/ Jugendliche/r mit Ihrer Symptomatik bei uns angemessen behandelt werden kann und um uns vorzubereiten zu können. Kreuzen Sie das Zutreffendes an oder schreiben Sie die Antwort in die dafür vorgesehen Kästen. Senden Sie den Anmeldebogen ausgefüllt an **AsysTh-Ausbildungsinstitut, Zamdorfer Str. 100, 81677 München. Bitte beachten Sie, dass der Versand per E-Mail an kjp-therapie@asysth.de nicht den datenschutzrechtlichen Vorgaben entspricht.**

Hinweis: Ihre Angaben, die in der Ambulanzangehörigen, Ambulanzleitung und zuständiger Therapeut*in gelesen werden, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen. Die Patienteninformation zum Datenschutz liegt aus und kann jederzeit eingesehen und ausgehändigt werden. Vielen herzlichen Dank!

Bitte kreuzen Sie an, was Sie für Ihr Kind wünschen:

☐ Einzeltherapie ☐ Gruppentherapie ☐ Kombi aus Einzel- und Gruppentherapie

1. Persönliche Daten Kind /Jugendliche/r

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum und -ort:

Staatsangehörigkeit(en):

Konfession:

Persönliche Daten Mutter

Name, Vorname:

Anschrift:

Staatsangehörigkeit(en):

Persönliche Daten Vater

Name, Vorname:

Anschrift:

Staatsangehörigkeit(en):

Sorgeberechtigte: ☐ beide ☐ Mutter ☐ Vater ☐ sonstige

Sonstige im Haushalt lebende Personen: Namen, Vornamen, Verwandtschaftsverhältnis,

2. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand und Partnersituation der Eltern?

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ wieder verheiratet ☐ fester Partnersituation

☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Sonstiges

3. In wessen Haushalt lebt das Kind aktuell?

☐ im Haushalt der Eltern ☐ eigener Haushalt: mit Partner ☐ mit eigener Familie

☐ mit Großeltern ☐ mit Pflege-, Adoptiveltern ☐ alleine

☐ Wohngemeinschaft: z.B. therapeutisch betreut ☐ sonstiges

4. Kontaktdaten: Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (bitte mindestens 1 auswählen):

☐ Telefon privat:

☐ Handy:

☐ Dienstlich:

Auf Anrufbeantworter sprechen erlaubt? ☐ ja ☐ nein

☐ E-Mail

Ich bin einverstanden, dass ich per E-Mail von der Ambulanz kontaktiert werde. Es ist mir bekannt, dass E-Mails keinem datenschutzrechtlichen Schutz unterliegen und nur für Organisatorisches verwendet werden sollen.

5. Angaben zur Krankenkasse Gesetzliche Krankenkasse:

6. Bildung

Welche Schule oder Ausbildung besucht Ihr **Kind**:

Welchen Schulabschluss und Berufsabschluss haben Sie als **Eltern**:

Bitte benennen Sie Ihre (zuletzt ausgeübte) berufliche Tätigkeit

7. Angaben zur Therapie?

Wie wurden Sie auf die AsysTh-Ambulanz München aufmerksam?

Einige Stichworte zum jetzigen Anlass der Psychotherapie?

Einige Stichworte zu Ihrem Anliegen? Was soll erreicht werden?

Wenn Ja, wann und bei wem (bzw. wo)?

Nimmt Ihr Kind / Jugendliche/r **Medikamente**? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung:

Wo sind Sie derzeit sonst noch in Behandlung:

Wann können Sie/Ihr Kind **Therapiesitzungen** wahrnehmen: Wochentage/Uhrzeiten

8. Welche körperlichen oder psychischen Diagnosen wurden früher bereits gestellt?

9. Welche Stärken, Fähigkeiten, Kompetenzen hat Ihr Kind / Jugendliche/r:

10. Welche Stärken, Fähigkeiten, Kompetenzen haben Sie in der Erziehung

11. Sonstiges, das wir wissen sollten?

Bitte beachten Sie:

- Ein Termin zur Sprechstunde ist gesetzlich vorgeschrieben und dient der Abklärung des Therapiebedarfs.
- Der Termin zur Sprechstunde ist keine Zusage für einen Therapieplatz.
- Bitte bringen Sie Vorbefunde und Arztberichte mit.
- Für kurzfristige Terminabsagen (am vereinbarten Tag abgesagt) oder Nichterscheinen behalten wir uns die Berechnung eines Ausfall Honorars in Höhe von 80,- Euro vor.
- In der Systemischen Psychotherapie ist die Teilnahme der Familienmitglieder an den Sitzungen sinnvoll und notwendig. Dies erfolgt in Absprache mit der Therapeut*in.

Datum,

Unterschrift vom Sorgeberechtigten