PSYCHOTHERAPIE
MADELEINE RÜTH

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche

Anmeldeformular für Erstgespräch

Liebe PatientInnen, liebe Eltern,
bitte bringen Sie das Anmeldeformular vollständig ausgefüllt zum vereinbarten Erstgespräch mit.

Patient

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: ..... Krankenkasse: .....

Kindergarten, Schule, Ausbildung & Studium:

☐ Kindergarten ☐ Grundschule ☐ Förderschule ☐ Haupt-/Mittelschule

☐ Realschule ☐ Gymnasium Klasse:

☐ Ausbildung als: ..... ☐ Studium: .....

Hauptversicherter

☐ PatientIn ☐ Mutter ☐ Vater ☐ .....

Eltern (Angaben, falls Patient/-in jünger als 18 Jahre)

Mutter:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

Vater:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

Sorgerecht: ☐ beide Eltern ☐ nur Mutter ☐ nur Vater ☐ Vormund/ Jugendamt

Vorstellungsanlass (Bitte schildern Sie kurz in Stichworten, warum Sie sich oder Ihr Kind angemeldet haben)

.....

.....

.....

.....

Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Päd. Madeleine Rüth, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Verhaltenstherapie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Gemündener Str. 15-17
97753 Karlstadt - Im Gesundheitszentrum Karlstadt

Tel 09353 9580780
Fax 09353 9580781
Kontakt@praxis-psychotherapie-rueth.de
www.praxis-psychotherapie-rueth.de

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Datum: ..... Ort: ..... Unterschrift: .....
PatientIn / gesetzlicher Vertreter bei PatientInnen unter 18 Jahren

Eltern: (Angaben, falls PatientIn jünger als 18 Jahre)

Hiermit erklären wir uns mit der Behandlung unseres Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Frau Madeleine Rüth einverstanden.

Datum: ..... Ort: ..... Unterschrift: .....
Gesetzlicher Vertreter bei PatientInnen unter 18 Jahren

Unterschrift: .....
Gesetzlicher Vertreter bei PatientInnen unter 18 Jahren

Patient: (Angaben, falls PatientIn volljährig)

Hiermit erkläre ich mich mit der Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Frau Madeleine Rüth einverstanden.

Datum: ..... Ort: ..... Unterschrift: .....
Patient

Was bringe ich zum ersten Termin mit?

- ☐ Ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular
- ☐ Ausgefüllter Symptomfragebogen
- ☐ Versichertenkarte der/des PatientInnen
- ☐ Gelbes Untersuchungsheft
- ☐ Wichtige Arztbriefe/ Therapieberichte/ Vorbefunde in Kopie
- ☐ Bei Schülern: Zeugnisse in Kopie
- ☐ Ggf. Name und Dosierung von aktuellen und bisher eingenommenen Medikamenten

Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Päd. Madeleine Rüth, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Verhaltenstherapie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Gemündener Str. 15-17
97753 Karlstadt - Im Gesundheitszentrum Karlstadt

Tel 09353 9580780
Fax 09353 9580781
Kontakt@praxis-psychotherapie-rueth.de
www.praxis-psychotherapie-rueth.de

Symptomfragebogen (Nennen Sie ggf. Beispiele)

Liebe PatientInnen, liebe Eltern,
im Folgenden finden Sie eine Liste möglicher Symptome. Bitte geben Sie an, welche auf Sie als PatientIn bzw. auf Ihr Kind zutreffen.

Haben Sie/ Hat Ihr Kind häufig Konzentrationsprobleme? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig, ungeduldig oder impulsiv? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig ängstlich? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Haben Sie/ Hat Ihr Kind häufig plötzliche Stimmungsschwankungen? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Haben Sie/ Hat Ihr Kind soziale Probleme (in Gruppen, bzgl. Regelverhalten etc.)? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Sind Sie/ Ist Ihr Kind häufig niedergeschlagen, unglücklich oder antriebslos? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Haben Sie/ Hat Ihr Kind bisweilen „zwanghaftes“ Verhalten
(z.B. häufiges Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren)? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Haben Sie bei sich/ Ihrem Kind Bewegungen oder Laute beobachtet, die schwer zu unterdrücken und zu kontrollieren sind (z.B. Zuckungen im Gesicht, häufiges Räuspern)? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Päd. Madeleine Rüth, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Verhaltenstherapie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Gemündener Str. 15-17
97753 Karlstadt - Im Gesundheitszentrum Karlstadt

Tel 09353 9580780
Fax 09353 9580781
Kontakt@praxis-psychotherapie-rueth.de
www.praxis-psychotherapie-rueth.de

Liegen häufig körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit etc. vor? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Hatten Sie/ Hat Ihr Kind spezielle Schwierigkeiten bei schulischen Leistungen (beim Rechtschreiben, Lesen, Rechnen)? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Haben Sie/ Hat Ihr Kind Probleme bezüglich des Schlafens (Einschlafen, Durchschlafen)? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Haben Sie/ Hat ihr Kind Probleme bezüglich des Essens (z.B. verminderter Appetit, Nahrungseinschränkung, Essattacken)? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Hatten Sie/ Hat Ihr Kind Besonderheiten im Spielverhalten und/oder außergewöhnliche Interessen? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Besteht bei Ihnen/ Ihrem Kind ein übermäßiger Medienkonsum? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Besteht bei Ihnen/ Ihrem Kind ein regelmäßiger oder übermäßiger Konsum von Alkohol, Zigaretten oder sonstiger Drogen? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Gibt es plötzliche Verhaltensveränderungen in Folge eines einschneidenden Ereignisses/Erlebnisses? ☐ nein

☐ ja, und zwar .....

Vielen Dank!

Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Päd. Madeleine Rüth, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Verhaltenstherapie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Gemündener Str. 15-17
97753 Karlstadt - Im Gesundheitszentrum Karlstadt

Tel 09353 9580780
Fax 09353 9580781
Kontakt@praxis-psychotherapie-rueth.de
www.praxis-psychotherapie-rueth.de