

Patientenaufnahmebogen Kinder & Jugendliche

Herzlich willkommen an der KIRINUS Ausbildungsambulanz!

Um besser einschätzen zu können, ob die aktuelle Symptomatik Ihres Kindes bei uns angemessen behandelt werden kann, füllen Sie bitte diesen Aufnahmebogen aus und senden ihn entweder per Mail an ausbildungsambulanz@kirinus.de oder per Post an **KIRINUS Ausbildungsambulanz, Nymphenburger Straße 148 II, 80634 München**. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzbestimmungen.

Bitte beachten Sie: Bei **akuter Selbstgefährdung** oder **krisehaften Zuständen** wenden Sie sich bitte an regionale Krisenzentren oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117. Wir sind keine Notfallambulanz und können nicht garantieren, dass Ihre Anmeldung sofort bearbeitet wird.

Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Telefonnummer Patientin	

Eltern	
Name/Vorname der Eltern	Mutter:
	Vater:
Kontakt	
Festnetz	Mutter:
	Vater:
Mobilfunknummer	Mutter:
	Vater:
E-Mail	Mutter:
	Vater:

Gesetzliche Krankenkasse:	Bitte beachten Sie, dass wir leider keine privat Versicherten behandeln können.
----------------------------------	--

Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden Ihres Kindes:

Gibt oder gab es Besonderheiten in der Entwicklung (ab Schwangerschaft bis jetzt)?

Gab es im Leben Ihres Kindes besondere/belastende Lebensereignisse?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Umzug | <input type="checkbox"/> Mobbing Erfahrung |
| <input type="checkbox"/> Schulwechsel | <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Hat oder hatte Ihr Kind Suizidgedanken? ☐ Nein ☐ Ja

Bitte beschreiben Sie die Gedanken kurz: _____

Hat Ihr Kind jemals einen Suizidversuch begangen? ☐ Nein ☐ Ja

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten? ☐ Nein ☐ Ja Wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz: _____

Wie regelmäßig kommt es vor? _____

Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja

Was trinkt Ihr Kind und wie viel durchschnittlich (z. B. 3 Gläser Wein/Woche)? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Drogen? ☐ Nein ☐ Ja

Was konsumiert Ihr Kind und wie viel durchschnittlich (z. B. 1 Joint/Monat)? _____

Ist Ihr Kind derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Seit wann?	Bis wann?
Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte PT <input type="checkbox"/> Psychoanalytische PT <input type="checkbox"/> Systemische PT <input type="checkbox"/> Therapieverfahren ist mir nicht bekannt		
Teilstationäre Behandlung			
Vollstationäre Behandlung			

War Ihr Kind in der Vergangenheit in ambulanter und/oder (teil-)stationärer Psychotherapie? ☐ Nein ☐ Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Wann?
Ambulante Psychotherapie		
Teilstationäre Behandlung		
Vollstationäre Behandlung		

Zu welchen Uhrzeiten ist es Ihrem Kind möglich, für die Dauer einer Therapie (circa 6 - 12 Monate) jede Woche am gleichen Tag einen festen Termin wahrzunehmen? Bitte geben Sie konkrete Uhrzeiten an. Je mehr Termine Sie angeben, desto leichter finden wir einen Therapieplatz für Ihr Kind.

- ☐ Montag _____
☐ Dienstag _____
☐ Mittwoch _____
☐ Donnerstag _____
☐ Freitag _____

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. Ihr Kind muss für das Erstgespräch anwesend sein.

Falls es zu einer Vermittlung innerhalb unserer KIRINUS Ausbildungsambulanz kommt, werden die therapeutischen Sitzungen je nach Therapieverfahren gegebenenfalls regelmäßig auf Video aufgenommen. Das Verfahren unterliegt strengen Datenschutzgesetzen und dient ausschließlich den Therapeutinnen zu Ausbildungszwecken. Sie werden über die Verwendung umfassend informiert.

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:

- **E-Mail:** Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, das heißt der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen dort auch Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.
- **SMS:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS-Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (bitte mindestens 1 auswählen) und nehme zur Kenntnis, dass die Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme den Terminfindungsprozess vereinfacht:

☐ E-Mail

☐ Festnetz

☐ Mobilfunknummer

Für die Kommunikation mit meiner internen Weiterbehandlerin während der Psychotherapie bin ich darüber hinaus zusätzlich mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

☐ SMS

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. **beider**) Sorgeberechtigten/der Jugendlichen/gesetzl. Vertreters

Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)

Mit der Weitergabe der Informationen und Daten aus der Sprechstunde an die interne Weiterbehandlerin bin ich einverstanden. Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Therapieplatzes.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten/der Jugendlichen/gesetzlichen Vertreters

Erklärung zum Sorgerecht

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, uns im Folgenden Auskunft über das Sorgerechtsverhältnis bezüglich Ihres Kindes zu erteilen. Wir sind dazu verpflichtet, für Kinder die jeweiligen Sorgerechtsverhältnisse zu klären und benötigen - je nach Sorgerechtsverhältnis - bestimmte Einverständniserklärungen, um Ihr Kind untersuchen und behandeln zu können.

Daher sind die für gemeinsames beziehungsweise alleiniges Sorgerecht jeweils fett markierten Erklärungen eine zwingende Voraussetzung für eine Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes in der KIRINUS Ausbildungsambulanz.

Name, Vorname des Kindes _____

Geboren am _____

Name, Vorname der Mutter _____

Name, Vorname des Vaters _____

☐ **Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind.** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind in der KIRINUS Ausbildungsambulanz untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes in der KIRINUS Ausbildungsambulanz nicht möglich ist. Wir sind außerdem damit einverstanden, dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil von der KIRINUS Ausbildungsambulanz Auskunft über die Untersuchungen beziehungsweise Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie et cetera) erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, für den Fall des Widerrufs eine Weiterbehandlung unseres Kindes in der KIRINUS Ausbildungsambulanz jedoch regelmäßig nicht mehr möglich ist, sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen.

☐ Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber der KIRINUS Ausbildungsambulanz von

☐ der Mutter

☐ dem Vater

alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs können dann rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind nur von beiden Elternteilen gemeinsam abgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters

☐ **Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind.** (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind in der KIRINUS Ausbildungsambulanz untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes in der KIRINUS Ausbildungsambulanz nicht möglich ist.

☐ Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der nicht sorgeberechtigte Elternteil unabhängig von mir von der KIRINUS Ausbildungsambulanz Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie et cetera) erhalten darf. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der nicht sorgeberechtigte Elternteil erhält dann von der KIRINUS Ausbildungsambulanz keinerlei Auskunft mehr zu dem Kind.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Name der behandelnden Therapeutin:

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an: KIRINUS Ausbildungsambulanz, Nymphenburger Straße 148 II, 80634 München.