

# 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](mailto: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.

<b>Name</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Telefonnummer Patientin</b>			
Schule/Ausbildung			
Anzahl & Alter Geschwister			
<b>Gesetzliche Krankenkasse</b>			
<b>Adresse</b>			
Name/Vorname der Eltern	<b>Mutter:</b>		
	<b>Vater:</b>		
Straße, Hausnummer			
PLZ und Ort			
<b>Kontakt</b>		<b>Besprechen erlaubt?</b>	
Festnetz	<b>Mutter:</b>	AB?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	<b>Vater:</b>	AB?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Mobilfunknummer	<b>Mutter:</b>	Mailbox?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	<b>Vater:</b>	Mailbox?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
E-Mail	<b>Mutter:</b>		
	<b>Vater:</b>		

**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?**

- Umzug  Mobbing Erfahrung  
 Schulwechsel  Trennung der Eltern  
 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? \_\_\_\_\_

**Raucht Ihr Kind?**  Nein  Ja

Wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Drogen?**  Nein  Ja

Was konsumiert Ihr Kind und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Seit wann?	Bis wann?
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	<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		
<b>Teilstationäre Behandlung</b>			
<b>Vollstationäre Behandlung</b>			

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

	Einrichtung/Therapierichtung	Wann?
<b>Ambulante Psychotherapie</b>		
<b>Teilstationäre Behandlung</b>		
<b>Vollstationäre Behandlung</b>		

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):

- 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

Ich möchte eine elektronische Terminerinnerung (SMS/E-Mail) über das Terminmanagementsystem Doctolib erhalten.

- ja                                       nein

\_\_\_\_\_  
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.