

APH Akademie gGmbH-Seewartenstraße 10-20459 Hamburg

Patienten mit Psychosen, akuten Selbstmordgedanken und Suchtverhalten, sowie privat versicherte Patienten, können wir leider nicht aufnehmen. Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen an Beratungsstellen Ihres Stadtteils oder an Ihre Krankenkasse. Im Notfall wenden Sie sich bitte direkt an eine Klinik.

Ambulanzfragebogen KJP

Bitte ausgefüllt per Post (Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg) oder per Mail (ambulanz@aph-online.de) zurücksenden.

Alle Angaben, die Sie machen, unterliegen der Schweigepflicht.

Name des Kindes/ Jugendlichen:

Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon.:

Schule/ Ausbildung/ Tätigkeit:

Krankenkasse:

Angaben zur Familie / aktuellen Lebenssituation:

Mutter Vater

Name: Name:

Geburtsdatum: Geburtsdatum:

Ausbildung: Ausbildung:

Berufstätigkeit: Berufstätigkeit:

Gab es Vorbehandlungen dieser Beschwerden/ Schwierigkeiten?
Gab es vor dieser Anmeldung schon andere Therapien?

Gibt es Hinweise auf Ereignisse, die die Beschwerden/ Schwierigkeiten ausgelöst haben könnten?

Fragen zur Entwicklung:

Gab oder gibt es Probleme während der bisherigen Entwicklung (Schwangerschaft, Geburt, frühe Entwicklung, Kindergarten, Schulzeit)?

Gab oder gibt es körperliche Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte oder körperliche Beschwerden?

Angaben zur schulischen Entwicklung und bisherigen Schullaufbahn:

Welche (besonderen) Interessen, Hobby, Stärken oder Begabungen gibt es?

Wann können Gesprächstermine zeitlich eingerichtet werden?

Sollte die Psychotherapie lieber bei einer Frau oder einem Mann stattfinden?

Erklärung der Sorgeberechtigten zu Beginn der Behandlung

Im Patienten-Rechte-Gesetz ist festgelegt, dass für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Untersuchungen und Behandlungen bei Kindern/ Jugendlichen unter 15 Jahren grundsätzlich das Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich ist. Bei gemeinsamem Sorgerecht muss bereits für die sogenannte „probatorische Phase“ (Sprechstunden und probatorische Sitzungen) das Einverständnis beider Elternteile vorliegen. Am Ende der probatorischen Phase wird dann entschieden, ob eine Therapie beantragt und begonnen werden soll.

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten:

Betrifft:
Name, Vorname des Kindes, geboren am

Probatorische Phase

.....
Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte, Unterschrift Sorgeberechtigte

Psychotherapie

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn eine psychotherapeutische Behandlung über die APH erhält.

.....
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte Unterschrift Sorgeberechtigter

Zusätzliche Erklärung bei alleinigem Sorgerecht Ich erkläre, dass ich für mein/e Tochter/Sohn das alleinige Sorgerecht in Gesundheitsfragen ausübe.

.....
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r

