

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Karin Jost-Stenger
Querenburger Höhe 291, 44801 Bochum
Tel. 02 34 – 9 36 90 82, Fax: 02 34 – 9 36 90 83
Web: www.kindertherapie-bochum.de
Mail: praxis-kjs@t-online.de



Anmeldebogen für Junge Erwachsene

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Straße, PLZ und Wohnort:

Krankenkasse, Mitgliedsnummer:

Kontakt: Telefon, Mobil, Fax, e-mail:

Schulbildung /Ausbildung/Beruf/Studium:

1a. Falls noch über die Erziehungsberechtigten versichert → Angaben zum Hauptversicherten

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Straße , PLZ und Wohnort (wenn abweichend von Adresse des Hauptversicherten):

Krankenkasse, Mitgliedsnummer:

2. Weitere wichtige Bezugspersonen

2b. Geschwister (Name, Geburtsdatum)

Nun würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie zu uns führt.

3. Was sind die aktuellen Gründe, unsere Praxis aufzusuchen?

Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden? (Bitte in Stichworten)

4. Wann ist dieses Verhalten / sind diese Beschwerden Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?
- 4a. Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?
Wenn ja, welche?
5. Haben Sie sich wegen des beschriebenen Verhaltens schon an andere Stellen gewandt (z. B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychologe, Haus- oder Kinderarzt, Schule, sonstige Stellen)?
- Wenn ja, welche?
- 5a. Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen?
Mit welchem Erfolg?
6. Wer hat uns empfohlen? Und mit welcher Erwartung?
- 6a. Wie könnten wir Sie unterstützen, damit Sie das Problem, die Schwierigkeiten lösen können?
- 6b. Gewünschte Behandlungstage, -termine? Uhrzeit?
7. Was gefällt Ihnen an Ihnen besonders?
- 7a. Was sollte sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?
8. Raum für Ergänzungen

Bitte Fax, E-mail oder per Post an obige Adresse senden. Vielen Dank, wir melden uns umgehend.