

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 Versicherte bei Privatkassen

1. Daten des Hauptversicherten (bei unter 18-jährigen i.d.R. Erziehungsberechtigte/r)

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Straße, PLZ und Wohnort:

Krankenkasse, Mitgliedsnummer:

Kontakt: Telefon, Mobil, Fax, e-mail

Sorgerecht liegt bei:

1a. Daten des Versicherten (i.d.R. Kind)

Name, Vorname, Geburtsdatum:

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

Krankenkasse, Mitgliedsnummer:

2. Familienangehörige

Weitere wichtige Bezugspersonen (z. B. Mutter, wenn Vater Hauptversicherter oder umgekehrt, Großeltern)

Geschwister (Name, Geburtsdatum)

3. Wurde jemand aus der Familie des Kindes wegen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? (Ängsten, Depressionen, Essproblemen, Alkoholproblemen oder anderen)

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

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

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

4a. Wann ist dieses Verhalten / sind diese Beschwerden Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?
ganz allmählich etwa mit..... Jahren beginnend ,

plötzlich, im Alter von Jahren

4b. Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

Wenn ja, welche?

4c. Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener, wenn sich das Kind an bestimmten Orten aufhält?
Zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und / oder in Anwesenheit bestimmter Personen?

häufiger bzw. stärker, wenn

seltener bzw. schwächer, wenn

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?

7. Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

7a Was sollte sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?

8. Raum für ergänzende Angaben

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