

Wiesbadener Psychotherapie-Zentrum (WIAP)

Institutsambulanz der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie

Luisenstraße 28, 65185 Wiesbaden-Mitte, Tel.: 0611-45034-10, Fax: 0611-45034-24

E-Mail: therapiezentrum@wiap.de, Internet: www.wiap.de



-Vertraulich-

Anmeldebogen für Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren

Im Folgenden bitten wir Dich, Fragen über Deine Person, Deine derzeitigen Beschwerden, bisherige Behandlungen und frühere Krankheiten zu beantworten. Dieser Anmeldebogen hilft uns Deine Situation besser zu verstehen. Falls Du von uns innerhalb einer Woche nach Abgabe nichts hörst, rufe uns bitte unter 0611-4503410 an, ob ein Vorgespräch bei der Ambulanzleitung stattfindet oder nicht. In dem Vorgespräch soll konkret geklärt werden, ob die hier durchgeführte Behandlungsform für Dich die richtige ist, oder ob vielleicht eine andere Behandlung sinnvoller bzw. notwendiger wäre.

Ab 15 darf man eine Psychotherapie machen – auch ohne Zustimmung der Eltern. Es wäre natürlich besser, wenn deine Eltern einverstanden wären und Bescheid wüssten, aber dies liegt an dir. Deine Eltern können dich zum ersten Termin bei uns begleiten, müssen sie aber nicht.

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlich-psychotherapeutischen Schweigepflicht.

Angaben zu Deiner Person

weiblich männlich

Vorname: _____ Nachname: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____. _____. _____ Geburtsort: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Handynummer: _____

Wie bist Du versichert? gesetzlich privat

Wie bist Du auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Arzt/Ärztin
- Empfehlung durch Therapeut/Therapeutin
- Internet
- Freunde/Bekannte
- Sonstige: _____

Welche Schule besuchst Du?

- Hauptschule
- Realschule
- Gymnasium
- Berufsschule (Lehrstelle)
- Sonstige: _____
- Ich gehe nicht mehr zur Schule.

In welcher Klasse befindest Du dich? _____

Wo wohnst Du?

- bei meinen Eltern
- bei meiner Mutter
- bei meinem Vater
- in eigener Wohnung
- Sonstiges: _____

Wer wohnt noch in der Wohnung? (z.B. Geschwister, Großeltern, Partner/-in eines Elternteils)

Hast Du Geschwister? ja nein

Wie viele? Wie alt? Geschlecht?:

Angaben zu aktuellen Beschwerden

Im Folgenden bitten wir Dich, uns kurz Deine Beschwerden/Probleme zu schildern.

Welche seelischen Probleme und/oder körperlichen Beschwerden hast Du? Wie äußern sie sich?

In welchen Situationen treten die Probleme oder Beschwerden auf? Wann verstärken sie sich?

Seit wann bestehen die Beschwerden? Seit _____

Hast Du eine Vermutung woher die Beschwerden kommen oder wie sie entstanden sind?

ja nein

Wenn ja, erkläre bitte kurz Deine Vermutung:

Gab es einen bestimmten Auslöser/ ein bestimmtes Ereignis für die genannten Beschwerden?

ja nein

Wenn ja, welcher/s?: _____

Hast Du körperliche Erkrankungen?

nein

ja, welche: _____, seit _____

Wird die Erkrankung behandelt? ja nein

ja, durch: _____

nein

Nimmst Du aktuell oder hast Du früher Drogen/Suchtmittel genommen? (Wie z.B. Alkohol, Tabak, Medikamente, Cannabis, Amphetamine, Kokain, Heroin, Schnüffelstoffe, Pilze etc.)

ja nein

Wenn ja, was? _____ Wie oft? _____ Wie viel? _____

Wann? Von _____ bis _____ Wann zuletzt? _____

Angaben zu deiner Krankheitsgeschichte

Hast Du in der Vergangenheit bereits eine ambulante Psychotherapie gehabt?

ja nein

Wann und wo hast Du die Therapie absolviert? _____

Hat Dir die Therapie geholfen? ja nein

Bist Du zurzeit in psychiatrischer Behandlung in einer Praxis, Klinik oder Ambulanz?

nein ja, wo: _____

Warst Du früher schon mal in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie?

nein

ja, wann: _____, wie lange: _____

Welche Klinik? _____

Nimmst Du regelmäßig irgendwelche Medikamente ein, die der Arzt dir verschrieben hat?

nein

ja, welche: _____

Angaben zur geplanten Psychotherapie

Was soll sich konkret durch die Therapie verändern/verbessern? Was für Hilfe erwartest du?

Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden wöchentlich zu einem festen Termin statt. Zu welchen Zeiten könntest Du einen Termin bei uns wahrnehmen? (Bitte frühestmöglichen und spätmöglichen Termin angeben.)

Montag von _____ bis _____ Uhr

Donnerstag von _____ bis _____ Uhr

Dienstag von _____ bis _____ Uhr

Freitag von _____ bis _____ Uhr

Mittwoch von _____ bis _____ Uhr

Wenn Du bereits in stationärer Behandlung (Klinik) warst, benötigen wir zusätzlich zu diesem Aufnahmebogen eine Kopie des Klinikberichts.

Vielen Dank für Deine Angaben.

*Wir bitten Dich, uns den ausgefüllten Bogen (ggf. mit der Kopie des Klinikberichts) entweder per E-Mail an **therapiezentrum@wiap.de** oder per Post an unsere Adresse zu schicken. Gerne kannst Du den Bogen auch von Montag bis Freitag von 9:00 – 17:00 Uhr persönlich bei uns in der 1.Etage abgeben (Bei einer Verschickung per E-Mail können Daten unterwegs verloren gehen). Bei Rückfragen kannst Du dich gerne unter 0611-4503410 an unsere Mitarbeiter wenden. Wir melden uns in den nächsten Tagen bei Dir. Falls Du innerhalb einer Woche von uns keine Rückmeldung erhältst, melde Dich bitte bei uns.*

Wiesbadener Psychotherapiezentrum (WIAP), Ambulanzleitung, Luisenstraße 28, 65185 Wiesbaden