

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 Kinder bis 15 Jahre

(auszufüllen von den Eltern)

Im Folgenden bitten wir Sie, Fragen über Ihr Kind, dessen derzeitige Beschwerden, bisherige Behandlungen und frühere Krankheiten zu beantworten. Dieser Anmeldebogen hilft uns die Situation Ihres Kindes besser zu verstehen. Falls Sie von uns innerhalb einer Woche nach Abgabe nichts hören, rufen Sie 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 Sie und Ihre spezielle Problematik die richtige ist, oder ob vielleicht eine andere Behandlung sinnvoller bzw. notwendiger wäre.

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

Angaben zu Ihrem Kind

weiblich männlich

Vorname: _____ Nachname: _____

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

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Festnetznummer: _____

Dürfen Nachrichten auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden? ja nein

Mutter (Vor- und Zuname, Handy-Nr.): _____

Wiesbadener Akademie für Psychotherapie GmbH
Vom Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen staatlich anerkannte
Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Von der Landesärztekammer Hessen ermächtigte Weiterbildungsgemeinschaft für Psychotherapie
Schwerpunkt: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
KV-Abrechnungsnummer der Institutsambulanz: 4574001
Geschäftsführender Institutsleiter: Dr. med. habil. Hamid Peseschkian, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Eingetragen beim AG Wiesbaden HRB 11932 * Ust-Id-Nr.: DE 113821300 * Finanzamt Wiesbaden
Bankverbindung: Nassauische Sparkasse Wiesbaden, IBAN: DE53 5105 0015 0111 1657 77, SWIFT-BIC: NASSDE55XXX

Vater (Vor- und Zuname, Handy-Nr.): _____

Wie ist Ihr Kind versichert? gesetzlich privat

Wer ist der Kinderarzt oder die Kinderärztin Ihres Kindes? (Name und Ort)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Arzt/Ärztin Wenn ja, durch wen?: _____

Empfehlung durch Therapeut/Therapeutin

Internet

Freunde/Bekannte

Sonstiges: _____

Besucht Ihr Kind aktuell den Kindergarten/die Schule?

Kita Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Berufsschule

Sonstiges: _____ Welche Schulklasse? _____

Wo wohnt Ihr Kind?

bei beiden Eltern bei der Kindesmutter bei dem Kindesvater

Sonstiges: _____

Wer hat das Sorgerecht für das Kind?

Beide Eltern gemeinsam Nur Mutter Nur Vater

Sonstige: _____

Hat Ihr Kind Geschwister? ja nein

Alter und Geschlecht der Geschwister: _____

Angaben zu aktuellen Beschwerden

Im Folgenden bitten wir Sie, uns kurz die Beschwerden/Probleme Ihres Kindes zu schildern.

Welche seelischen und/oder körperlichen Beschwerden hat Ihr Kind? Wie äußern sie sich?

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

Haben Sie eine Vermutung woher die Beschwerden kommen oder wie sie entstanden sind? Gab es einen bestimmten Auslöser/ ein bestimmtes Ereignis?

ja nein

Wenn ja, erklären Sie bitte kurz Ihre Vermutung.

Hat Ihr Kind zurzeit körperliche Erkrankungen?

ja, welche: _____, seit _____

nein

Wird diese Erkrankung behandelt?

ja, durch: _____

nein

Angaben zur Krankheitsgeschichte

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit bereits eine ambulante Psychotherapie gehabt?

ja nein

Falls ja, wann etwa: _____

Ist Ihr Kind zurzeit in ambulanter psychiatrischer Behandlung oder an einer psychiatrischen Institutsambulanz?

ja, wo: _____ nein

War Ihr Kind bereits früher in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosomatischen Fachklinik oder Rehaklinik?

nein

ja, wann: _____, wie lange: _____

Welche Klinik? _____

Angaben zur geplanten Psychotherapie

Was soll sich konkret durch die Therapie verändern/verbessern? Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie)

Die 50-minütigen Therapiesitzungen finden wöchentlich zu einem festen Termin statt. Zu welchen Zeiten könnte Ihr Kind 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 Ihr Kind bereits in stationärer Behandlung war, benötigen wir zusätzlich zu diesem Aufnahmebogen eine Kopie des Klinikberichts.

Vielen Dank für Ihre Angaben.

*Wir bitten Sie, 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 können Sie 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 wenden Sie sich gerne unter 0611-4503410 an unsere Mitarbeiter. Wir melden uns in den nächsten Tagen bei Ihnen. Falls Sie innerhalb einer Woche von uns keine Rückmeldung erhalten, melden Sie sich bitte bei uns.*

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