

Eingangsdatum

## 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](mailto:therapiezentrum@wiap.de), Internet: [www.wiap.de](http://www.wiap.de)

-Vertraulich-

### Anmeldebogen für Kinder bis 15 Jahren (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 Ihr Kind 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/Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Festnetznummer

Dürfen Nachrichten auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden?

Ja

Nein

Mutter (Vor- und Zuname, Handy-Nr)

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 einen Therapeuten

Internet

Freunde/Bekannte

Sonstiges

Besucht Ihr Kind aktuell den Kindergarten/die Schule?

Kita  Hauptschule  Grundschule  Realschule  IGS  Gymnasium  Berufsschule

Sonstige:

Welche Klasse?

Wo wohnt Ihr Kind?

bei beiden Eltern  bei der Kindesmutter  bei dem Kindesvater  Wechselmodell

in einer Einrichtung

Sonstiges:

Wer hat das Sorgerecht für das Kind?

beide Eltern gemeinsam     Nur Mutter     Nur Vater

Sonstiges:

Hat Ihr Kind Geschwister?     Ja     Nein

Alter und Geschlecht der Geschwister:

### Angaben zu aktuellen Beschwerden

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

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

In welchen Situationen treten die Probleme oder 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 körperliche Erkrankungen?

Ja Welche

Seit wann?

Nein

Wird die Erkrankung behandelt?

Ja Durch wen?

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 Welche

Von wann bis

## 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 spätmöglichsten Termin angeben.)

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

**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 Rückfragen wenden Sie sich gerne unter 0611-4503410 an unsere Mitarbeiter wenden. 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**