



HMU Health and Medical University Erfurt GmbH
Anger 73 · 99084 Erfurt

Telefon: +49 361 213 06 63 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de



FRAGEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE VOR DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE

Im Folgenden wird das zu behandelnde Kind bzw. die oder der zu behandelnde Jugendliche als *Patient:in* bezeichnet.

Der vorliegende Fragebogen enthält einige Fragen zu der Person sowie Therapiewünschen des oder der Patient:in. Ihre Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir die richtige Anlaufstelle sind und um das erste Gespräch entsprechend der individuellen Situation des bzw. der Patient:in vorzubereiten.

Wir bitten Sie bzw. die oder den Patient:in (ab 16 Jahren), jede Frage zu beantworten, damit wir ein ganzheitliches Bild erhalten können. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben an unsere Anschrift bzw. per E-Mail zurück.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz
HMU Erfurt
Alte Hauptpost - Anger 73
D-99084 Erfurt

E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Anfrage nur dann berücksichtigen können, wenn alle Angaben vollständig sind. Wir danken für Ihre Mitarbeit!



HMU Health and Medical University Erfurt GmbH
Anger 73 · 99084 Erfurt



Angaben zu dem bzw. der Patient:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

Krankenkasse

☐ gesetzlich

☐ privat

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Ort

wenn Patient:in über 16 Jahre ist
Telefon

wenn Patient:in über 16 Jahre ist
E-Mail

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen?

☐ Nein

☐ Ja – neue Anschrift:

Was ist der derzeitige Familienstand der Eltern?

☐ Partnerschaft

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

☐ getrennt lebend

Besteht Kontakt zum Jugendamt?

☐ Nein

☐ Ja – Kontaktperson (Name, Vorname):

Telefon:

E-Mail:

Gibt es eine Familienhilfe / einen Erziehungsbeistand oder ähnliches?

☐ Nein

☐ Ja – Kontaktperson (Name, Vorname):

Telefon:

E-Mail:



Wie ist die aktuelle Unterbringung des bzw. der Patient:in? (Bitte wählen Sie den derzeitigen Altersbereich und die dazugehörige Einrichtung/Situation aus.)

Alter	Einrichtung/Situation	Konkrete Angaben zur Einrichtung/Situation
☐ Im Vorschulalter:	☐ Betreuung in der Familie ☐ Kita ☐ Kindergarten ☐ Sonstiges	 ☐ Kind ist nicht extern betreuungsfähig
☐ Im Schulalter:	☐ Grundschule ☐ Gesamtschule ☐ Gymnasium	Klasse: Schule: ☐ Kind ist nicht schulfähig seit:
☐ Im Ausbildungsalter:	☐ Ausbildung ☐ Studium ☐ Arbeit	seit: Tätigkeit: ☐ nicht arbeits-/studierfähig seit:

Gibt es Besonderheiten zur Unterbringung / Wohnsituation des bzw. der Patient:in?

Wie groß ist der bzw. die Patient:in? (in cm)

Wie viel wiegt der bzw. die Patient:in? (in kg)

Ist der bzw. die Patient:in derzeit krankgeschrieben? ☐ Nein ☐ Ja, seit

Wie oft war der bzw. die Patient:in in den letzten 12 Monaten länger als 1 Woche krankgeschrieben?

☐ 0-mal ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ mehr als 2-mal

War der bzw. die Patient:in in den letzten 12 Monaten mind. 1 Woche unentschuldigt nicht in der Schule?

☐ Nein ☐ Ja, aus welchen Gründen?



Angaben zum Vorstellungsgrund & psychotherapeutischen Verlauf des bzw. der Patient:in

Bitte beschreiben Sie das zu behandelnde Problem des bzw. der Patient:in.

Seit wann leidet der bzw. die Patient:in etwa unter diesem Problem?

Welche Unterstützungsmaßnahmen erhält der bzw. die Patient:in?

☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie ☐ Logopädie ☐ Schulbegleitung ☐ Keine

War der bzw. die Patient:in wegen diesem Problem schon in medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

☐ Psychotherapeutisch ☐ Psychiatrisch ☐ Neurologisch ☐ Hausärztlich ☐ Nein

War der bzw. die Patient:in in den letzten 12 Monaten in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja

Wie häufig war der bzw. die Patient:in in den letzten 2 Jahren in (teil-)stationärer Behandlung?

☐ 0-mal ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ mehr als 2-mal, wie lange?

Ist der bzw. die Patient:in derzeit in ambulanter oder stationärer Behandlung?

☐ Ambulant (psychotherapeutisch/psychiatrisch) ☐ Teilstationär ☐ Stationär ☐ Nein

Falls eine (teil-)stationäre Behandlung stattfindet bzw. stattfinden wird, bis wann wird diese planmäßig stattfinden?



Angaben zum Befinden des bzw. der Patient:in

Trifft einer oder mehrere der folgenden Problembereiche auf den bzw. die Patient:in zu?

- | | |
|--|---|
| ☐ Niedergeschlagenheit / Trauer | ☐ Alpträume |
| ☐ Rückzug | ☐ Wutanfälle |
| ☐ Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit | ☐ Einsamkeit |
| ☐ Viel / starkes Weinen | ☐ Gedächtnis- oder Konzentrationsschwierigkeiten |
| ☐ Ängste | ☐ Körperliche Unruhe |
| ☐ Essprobleme | ☐ Stress bzw. Probleme in der Schule |
| ☐ Alkohol- & Drogenprobleme | ☐ Streit bzw. Probleme zuhause |
| ☐ Zwänge | ☐ Streit bzw. Probleme mit Freund:innen |
| ☐ Sexuelle Probleme | ☐ Mobbing durch andere |
| ☐ Schmerzstörung | ☐ Leistungsabfall / Versetzungsgefahr |
| ☐ Übergewicht | ☐ Einnässen |
| ☐ Selbstverletzung | ☐ Einkoten |
| ☐ Halluzinationen (Stimmenhören) | |
| ☐ Wahnhaftes Erleben (bspw. sich verfolgt / beobachtet fühlen) | |
| ☐ Körperliche Symptome (bspw. Bauch- / Kopfschmerzen, Übelkeit) | |
| ☐ Sonstige: | |

Wie stark fühlt sich der bzw. die Patient:in derzeit durch das Problem belastet?

- ☐ sehr stark
☐ stark
☐ mittelmäßig
☐ wenig
☐ gar nicht



Allgemeine Angaben zur Behandlung an der Hochschulambulanz

Sind die Deutschkenntnisse ausreichend für eine deutschsprachige Psychotherapie?

Patient:in: ☐ Nein ☐ Ja
Bezugsperson 1: ☐ Nein ☐ Ja
Bezugsperson 2: ☐ Nein ☐ Ja

Vereinzelt bieten unsere Psychotherapeut:innen englischsprachige Psychotherapie an. Sollte die Therapie in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch stattfinden müssen, ist von Seiten des bzw. der Patient:in ein:e Sprachmittler:in zu stellen.

Wäre für den bzw. die Patient:in eine therapeutische Behandlung während der Schulzeit (8 – 16 Uhr) möglich?

☐ Nein ☐ Ja

Für die Zeit der psychotherapeutischen Einheiten werden Schulbescheinigungen ausgestellt. Leider können wir keine psychotherapeutische Behandlung außerhalb der täglichen Schulzeiten anbieten.

Für welche Art der therapeutischen Behandlung wird der bzw. die Patient:in vorstellig?

☐ Psychotherapie ☐ Diagnostik ☐ Sonstiges:

Ist der bzw. die Patient:in an einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen einer Gruppentherapie interessiert?

☐ Nein ☐ Ja, zur Überbrückung der Wartezeit ☐ Ja, in Kombination mit Einzeltherapie

Auch eine Mehrfachantwort ist möglich, falls an beiden Formen der Gruppentherapie Interesse besteht. Eine Gruppe zur Überbrückung der Wartezeit findet, anders als eine Kombinationstherapie, zumeist ohne parallele Einzeltherapie statt. Der bzw. die Patient:in verbleibt in diesem Fall selbstverständlich weiterhin auf der Warteliste für eine gesonderte Einzeltherapie.

Haben Sie bzw. der oder die Patient:in Freund:innen, Angehörige oder Partner:innen, die sich zurzeit in therapeutischer Behandlung bzw. Ausbildung oder Anstellung an der Hochschulambulanz der HMU Erfurt befinden?

☐ Nein ☐ Ja – Um wen handelt es sich und in welchem Verhältnis stehen Sie bzw. der oder die Patient:in zu der Person?



HMU Health and Medical University Erfurt GmbH

Anger 73 · 99084 Erfurt



☐ **Das Sorgerecht liegt alleinig bei einem Elternteil.**

☐ **Das Sorgerecht liegt bei beiden Elternteilen.**

Mir ist bekannt, dass eine Diagnostik / Behandlung meines Kindes in der Hochschulambulanz nur mit Einverständnis beider Sorgeberechtigter erfolgen darf. Ich werde daher den bzw. die weitere:n Sorgeberechtigte:n umgehend über die Vorstellung bei der Hochschulambulanz informieren und die bzw. den behandelnde:n Psychotherapeut:in sofort benachrichtigen, sollte der bzw. die weitere Sorgeberechtigte nicht mit einer Diagnostik / Behandlung einverstanden sein.

☐ **Es besteht eine Amtsvormundschaft.** Amtsvormund ist Frau / Herr:

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Der Amtsvormund hat sein Einverständnis mit einer Diagnostik / Behandlung in der Hochschulambulanz erteilt.

☐ **Es besteht eine Ergänzungspflegeschaft.** Ergänzungspfleger:in ist Frau / Herr:

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Der bzw. die Ergänzungspfleger:in hat sein bzw. ihr Einverständnis mit einer Diagnostik / Behandlung in der Hochschulambulanz erteilt.

Wie ist die Gesundheitsfürsorge aufgeteilt?

☐ Geteilt

☐ Alleinig, bei

Ort, Datum

Unterschrift des bzw. der anwesenden Sorgeberechtigten



HMU Health and Medical University Erfurt GmbH
Anger 73 · 99084 Erfurt



Kontaktdaten des bzw. der Sorgeberechtigten sowie einer Bezugsperson

Daten zu der ersten sorgeberechtigten Person

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Erlerner Beruf		Aktuell berufstätig als	
<i>Falls abweichend von Patient:in</i> Adresse			
Telefon			
E-Mail			

Daten zu der zweiten sorgeberechtigten Person

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Erlerner Beruf		Aktuell berufstätig als	
<i>Falls abweichend von Patient:in</i> Adresse			
Telefon			
E-Mail			

Daten zu einer weiteren nicht sorgeberechtigten Bezugsperson (optional)

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
<i>Falls abweichend von Patient:in</i> Adresse			
Telefon			
E-Mail			



HMU Health and Medical University Erfurt GmbH
Anger 73 · 99084 Erfurt



Wir danken Ihnen für die Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sind. Senden Sie dann den Fragebogen postalisch oder per E-Mail an die

Psychotherapeutische Hochschulambulanz
HMU Erfurt
Alte Hauptpost - Anger 73
D-99084 Erfurt

E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de

Ihre E-Mail mit einem Passwortschutz zu verschlüsseln, stärkt die Sicherheit Ihrer vertraulichen Daten. Sollten Sie an Informationen zum Passwortschutz per E-Mail interessiert sein, kontaktieren Sie uns gerne in der Hochschulambulanz.

Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Das Hochschulambulanz-Team der HMU Erfurt