



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



Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

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



Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

Aktuell führt die Hochschulambulanz längere Wartelisten für Erstgespräche sowie Therapieplätze.

- ☐ Ich bestätige mit Kenntnisnahme der Wartezeiten mein Interesse für eine Vorstellung in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Health and Medical University Erfurt und bitte Sie, mich (ab 16 Jahren) bzw. den oder die Patient:in für ein persönliches Erstgespräch vorzumerken.
- ☐ Ich stimme zu, diesbezüglich telefonisch sowie per E-Mail kontaktiert zu werden.

*Sollten Sie mit den genannten Bedingungen nicht einverstanden sein, können wir Sie leider **nicht** zu einer Vorstellung einladen.*



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

 **HMU** Health and Medical
University Erfurt
■ Psychotherapeutische Hochschulambulanz

Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

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:



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



Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

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
<input type="checkbox"/> Vorschulalter:	<input type="checkbox"/> Betreuung in der Familie <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Kind ist nicht extern betreuungsfähig
<input type="checkbox"/> Im Schulalter:	<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Klasse: <input type="checkbox"/> Schule: <input type="checkbox"/> Kind ist nicht schulfähig seit:
<input type="checkbox"/> Im Ausbildungsalter:	<input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Arbeit	<input type="checkbox"/> seit: <input type="checkbox"/> Tätigkeit: <input type="checkbox"/> 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)

Nimmt der bzw. die Patient:in Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja, folgende(s) Medikament(e):

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?



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



Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

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 ☐ Andere:

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 24 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?



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

 HMU Health and Medical
University Erfurt
■ Psychotherapeutische Hochschulambulanz

Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

Angaben zum Befinden des bzw. der Patient:in

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

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

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

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr stark | <input type="checkbox"/> stark |
| <input type="checkbox"/> mittelmäßig | <input type="checkbox"/> wenig |
| <input type="checkbox"/> gar nicht | |



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



Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

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

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

 **HMU** Health and Medical
University Erfurt
■ Psychotherapeutische Hochschulambulanz

Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

Sorgerechtserklärung

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 Behandlung einverstanden sein.

Es besteht eine Amtsvormundschaft. Amtsvormund ist Frau / Herr:

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Der Amtsvormund hat sein Einverständnis mit einer 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



Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

Kontaktdaten des bzw. der Sorgeberechtigten sowie einer Bezugsperson

Daten zu der ersten sorgeberechtigten Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Erlerner Beruf

Aktuell
berufstätig als

Falls abweichend von Patient:in

Adresse

Telefon

E-Mail

Daten zu der zweiten sorgeberechtigten Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Erlerner Beruf

Aktuell
berufstätig als

Falls abweichend von Patient:in

Adresse

Telefon

E-Mail

Daten zu einer weiteren nicht sorgeberechtigten Bezugsperson (optional)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Falls abweichend von Patient:in

Adresse

Telefon

E-Mail



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



Telefon: 0361 213 0663 500
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-erfurt.de
Betriebsstättennr.: 935 183 798

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

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