



Tübinger Akademie für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Geschäftsführung

Rebecca Mauch
Ambulanzleitung

Reutlinger Straße 6, 72072 Tübingen
Telefon: 07071 / 8850928
Telefax: 07071 / 8850927
www.takt-vt.de
takt@takt-vt.de

Liebe Familie,

vielen Dank für Ihr Interesse an einem Therapieplatz. Um sich bei uns anzumelden, füllen Sie bitte den angehängten Fragebogen aus. Er enthält eine Reihe von Fragen zur persönlichen Lebenssituation sowie zu den Problembereichen Ihres Kindes, die Sie veranlasst haben, sich an uns zu wenden. Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Blätter mit Ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen. Der Eingang des Fragebogens wird nicht explizit bestätigt.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Aufgrund der sehr hohen Nachfrage führen wir **keine Warteliste** mehr. Wartezeiten von bis zu einem Jahr, die sich beim Führen einer Warteliste ergeben würden, sind nicht sinnvoll, so dass frei werdende Therapieplätze in unserer Ambulanz zeitnah an nachfragende Patient*innen vergeben werden.

Wenn Sie also nach zwölf Wochen nichts von uns gehört haben, haben wir derzeit keine passenden freien Kapazitäten und können Ihrem Kind leider keinen Therapieplatz anbieten.

In diesem Fall empfehlen wir Ihnen, sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg über <http://www.arztuche-bw.de> darüber zu informieren, welche weiteren Therapeut*innen für Ihr Kind in Frage kommen. Sie haben auch die Möglichkeit, sich über das Patiententelefon Medcall der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bei der Suche unterstützen zu lassen – dieses erreichen Sie unter 0711 / 78753966.

Zum Zwecke des Datenschutzes wird nach Ablauf von sechs Monaten Ihr eingesendeter Fragebogen vernichtet.

Wenn absehbar ist, dass ein Therapieplatz bei einem*r unserer Therapeut*innen frei wird, werden wir telefonisch Kontakt zu Ihnen aufnehmen, um ein Erstgespräch zu vereinbaren. Dies dient der ersten Abklärung des Therapiebedarfs und der weiteren Planung.

Mit freundlichen Grüßen,

Rebecca Mauch

Ambulanzleitung



Biografischer Fragebogen für Kinder im Alter von 3-14

Angaben zum Kind:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Schulart/Name der Schule		Klasse:	
Versichert über:		Krankenkasse:	
Kinderarzt:			

Angaben zur Kindsmutter:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Schulabschluss:		Beruf:	
Berufstätig als:			

Angaben zum Kindsvater:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Schulabschluss:		Beruf:	
Berufstätig als:			

Anschrift:

Strasse-Nr: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobil: _____

Email: _____

Mit der Angabe Ihrer Email-Adresse erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir hierüber Kontakt zu Ihnen aufnehmen dürfen.

Eine Psychotherapie bedeutet eine regelmäßige Behandlung. Ein erstes Vorgespräch wird vormittags stattfinden. Die folgenden, regelmäßigen Termine finden dann wöchentlich statt und dauern in der Regel 50 Minuten. Bitte geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihrem Kind möglich ist, Termine bei uns wahrzunehmen.

Wochentag	Mögliche Zeiten
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

Aufnahme in die Warteliste für Gruppentherapien:

- Ja (falls eine für die Problematik passende Gruppentherapie in der Ambulanz startet, nehmen wir Kontakt zu Ihnen auf und vereinbaren ein vorbereitendes, persönliches Erstgespräch)
- Nein

Angaben zum Familienstand/Sorgerecht:

Wie ist die momentane Familienkonstellation (Eltern verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet, andere Familienkonstellationen)?

Wer ist sorgeberechtigt? (gemeinsam, Mutter, Vater, Vormund)

Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?

- Nein Ja

Welches Jugendamt war oder ist zuständig?

- Tübingen Reutlingen _____

Zuständige*r Ansprechpartner*in

Name _____

Tel. _____

Der Kontakt mit dem/der genannten Ansprechpartner*in wird nur in Absprache mit Ihnen aufgenommen.

Art der Hilfen durch das Jugendamt

- Beratung
 Aufsuchende Familienhilfe
 Erziehungsbeistand
 Intensive Einzelfallhilfe
 Familientherapie
 Tagesgruppe
 Wohngruppe

Bei getrenntlebenden Elternteilen: Bei wem lebt das Kind? Besteht Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil? Wie häufig?

Angaben zu Geschwistern:

	1	2	3	4
Name				
Geburtsdatum				
Alter				
Schulart/Beruf				
Klasse				
Leibliches Geschwisterkind				
Halbgeschwister				

Bitte beschreiben Sie die Beziehung Ihres Kindes zu seinen Geschwistern:

Gibt es andere wichtige Bezugspersonen?

Symptomatik und Krankheitsgeschichte:

Wie sind Sie zu uns gekommen?

Weshalb wünschen Sie therapeutische Hilfe für ihr Kind, was hat Sie veranlasst, bei uns Unterstützung zu suchen? Bitte beschreiben sie die von Ihnen beobachtete Symptomatik möglichst genau.

Wenn ja, zu wem? Besteht dieser Kontakt noch?

Wurde ein anderes Familienmitglied schon einmal psychotherapeutisch behandelt? Wenn ja, wer und weshalb?

Angaben zur allgemeinen Entwicklung des Kindes:

Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Schwangerschaft und Geburt?

Wann lief Ihr Kind?

Wann sprach es erste Worte?

Ab welchem Alter benötigte Ihr Kind (tags/nachts) keine Windel mehr? Gab es Rückfälle?

Bitte nennen Sie einige charakteristische Verhaltensweisen und Eigenschaften, die ihr Kind im Baby- und Kleinkindalter zeigte, wie z.B. fröhlich, trotzig, ängstlich usw.:

Ist Ihnen bei der Entwicklung etwas aufgefallen?

Angaben zu Schule und Kindergarten:

Ab welchem Alter besuchte ihr Kind einen Kindergarten?

Wie gerne ging ihr Kind in den Kindergarten?

Wie kam es mit den Erzieherinnen zurecht?

Wie kam es mit den anderen Kindern zurecht?

Gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

Musste Ihr Kind bisher eine Klasse wiederholen?

Bitte nennen Sie einige charakteristische Verhaltensweisen und Eigenschaften, die ihr Kind im Kindergarten und Grundschulalter zeigte, wie z.B. unruhig, schüchtern trotzig, aggressiv, ängstlich usw.:

Welche Schultypen hat Ihr Kind während seiner bisherigen Schulzeit besucht? (Grund-Haupt-, Realschule, Gymnasium...):

Hat Ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?
 Nein Ja In welchen Bereichen? (Lesen, Rechtschreibung, Rechnen): _____

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?
 Nein Ja Welche und wann?

Wie sind die aktuellen Schulleistungen ihres Kindes? Gab es Leistungseinbrüche?

Gab oder gibt es irgendwelche Schwierigkeiten in der Schule?

- bezüglich der Schulleistung

- bezüglich der Lehrer*innen

- bezüglich der Mitschüler*innen

- andere Schwierigkeiten

Welche Fächer mag ihr Kind gern? Warum?

Welche Fächer mag ihr Kind nicht? Weshalb?

Angaben zu Sozial- und Freizeitverhalten:

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind?

Welche Interessen / Hobbies hat Ihr Kind?

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern /Jugendlichen zurecht?

Hat Ihr Kind Freunde? Eine beste Freundin/einen besten Freund?

Was tut Ihr Kind mit diesen Freunden am liebsten?

Bitte nennen Sie einige charakteristische Verhaltensweisen und Eigenschaften, die Ihr Kind im Kontakt mit anderen Kindern / Jugendlichen zeigt, wie z.B. schüchtern, kann schlecht verlieren usw.:

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind pro Tag mit Medien?

	Weniger als 1 Stunde	Etwa 1-2 Stunden	Etwa 3-4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy/Smartphone	<input type="checkbox"/>				
Computer/Tablet/Internet	<input type="checkbox"/>				
Fernsehen	<input type="checkbox"/>				
Playstation/Wii/Konsole	<input type="checkbox"/>				

Angaben zu Erkrankungen/Medikamenten/Allergien:

Leidet Ihr Kind an (chronischen) Erkrankungen?

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?

Nimmt ihr Kind Medikamente? Wenn ja welche, seit wann und in welcher Dosierung?

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Gibt es Probleme / Themen, die bisher im Fragebogen noch nicht angesprochen wurden?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Mutter Vater _____

Vielen Dank für ihre Bemühungen!

Ort, Datum: _____

Erklärung über die Zustimmung aller Sorgeberechtigten zu einer psychotherapeutischen Behandlung des Kindes bei getrennt lebenden Elternteilen

Name des Kindes:

Name der/des 1. Sorgeberechtigten:

Name der/des 2. Sorgeberechtigten:

Hiermit erklären wir uns mit der Vorstellung/Behandlung des oben genannten Kindes in der psychotherapeutischen Ambulanz der TAKT (Tübinger Akademie für Kinder und Jugendlichen Psychotherapie) einverstanden.

Ort, Datum:..... Unterschrift 1. Sorgeberechtigter:

Ort, Datum:..... Unterschrift 2. Sorgeberechtigter: