



Tübingen Akademie für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Prof. Dr. M.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\*r Jugendliche\*r, liebe Familie

vielen Dank für Dein/Ihr Interesse an einem Therapieplatz. Um sich bei uns anzumelden, füllen Sie bitte den angehängten Fragebogen aus. Er enthält eine Reihe von Fragen sowohl für den/die Jugendliche\*n selbst als auch für die Eltern zur persönlichen Lebenssituation und der Problematik, die Sie veranlasst hat, sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns, uns auf das erste Gespräch vorzubereiten und einzuschätzen, ob wir ein passendes Therapieangebot machen können. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Sie haben immer die Möglichkeit, zusätzlich zu den vorgegebenen Punkten die Antworten schriftlich weiter auszuführen.

Selbstverständlich unterliegen die Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt. Der Eingang des Fragebogens wird nicht explizit bestätigt.

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 leider keinen Therapieplatz anbieten.**

In diesem Fall empfehlen wir Ihnen, sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg über <http://www.arztsuche-bw.de> 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.

Mit freundlichen Grüßen,

Rebecca Mauch

Ambulanzleitung

## Biografischer Fragebogen für Jugendliche

Bitte beachten: Der Fragebogen für Jugendliche/junge Erwachsene besteht aus drei Teilen. Teil 1 erfragt die allgemeinen Daten zum Familienstand und Kontaktaufnahme und kann von den Eltern oder dem/der Jugendlichen selbst ausgefüllt werden. Teil 2 sollte von dem/der Jugendlichen und Teil 3 von den Eltern ausgefüllt werden. Falls du bereits 15 Jahre alt bist und dich alleine anmelden möchtest, kannst du diesen Teil weglassen.

### Teil 1:

#### Angaben zum/zur Jugendlichen:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Schulart/Name der Schule:		Klasse:	
Versichert über:		Krankenkasse:	
Haus-/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 gib an/geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es dir/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/deine 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 getrennt lebenden 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/ Schulabschluss				
Klasse				
Leibliches Geschwisterkind				
Halbgeschwister				

## **Teil 2: Von Jugendlichen/jungen Erwachsenen selbst auszufüllen:**

Bitte beschreibe möglichst genau, was dich veranlasst, bei uns Unterstützung zu suchen und in welchen Lebensbereichen momentan Probleme auftreten.

---

---

---

---

---

---

Was hast du bisher versucht, um die genannten Schwierigkeiten zu überwinden oder mit den Problemen umzugehen?

---

---

---

---

Mit wem lebst du zusammen?

---

---

---

Gibt/gab es in deinem Leben schwere Schicksalsschläge?

---

---

---

Falls du nicht im Elternhaus lebst: Wie kam es dazu? In welcher Art von Wohnform lebst Du dann? (Wohngruppe, Pflegefamilie....) Wie kommst du dort zurecht?

---

---

---

Konsumierst du regelmäßig Alkohol? Nein:  Ja:  Wie häufig: \_\_\_\_\_

Konsumierst du Drogen? Nein:  Ja:  Wie häufig: \_\_\_\_\_

Wie viel Zeit verbringst du 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer/Tablet/Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playstation/Wii/Konsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Schule besuchst du? Wie kommst du dort zurecht? Gehst du regelmäßig zur Schule?

---

---

---

Befindest du dich momentan in einer Ausbildung / Studium? Wie kommst du dort zurecht?

---

---

---

Welche Schultypen wurden bisher besucht?

---

---

---

Wie sind/waren deine Schulleistungen?

---

---

---

Wie ist die Beziehung zu deinen Eltern?

---

---

---

Wie ist dein Verhältnis zu deinen Geschwistern?

---

---

---

Hast du Freunde/Freundinnen?

---

---

---

Welche Hobbies hast du? Wie verbringst du deine Freizeit? Was machst du gerne?

---

---

---

Warst du schon einmal in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann, weshalb und wie lange? Bitte – wenn vorhanden – Berichte und Vorbefunde zum Erstgespräch mitbringen.

---

---

---

Gibt es Probleme, die bisher im Fragebogen noch nicht angesprochen wurden? Wenn ja, welche?

---

---

---

Was erhoffst du dir von einer Psychotherapie?

---

---

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_



### Teil 3: Von den Eltern auszufüllen:

Weshalb wünschen Sie therapeutische Hilfe für Ihr Kind, was hat Sie veranlasst, bei uns Unterstützung zu suchen? Welche Schwierigkeiten / Probleme beobachten Sie bei Ihrem Kind und seit wann?

---

---

---

---

---

---

Welche Vermutung haben Sie über die Entstehung des Problems?

---

---

---

---

Gab es belastende Ereignisse in der Vorgeschichte? (Krankheiten, Todesfälle, Veränderungen)?

---

---

---

---

Gab es Vorbehandlungen? Wenn ja wann und bei wem? (Bitte- wenn vorhanden- Berichte zum Erstgespräch mitbringen)

---

---

---

	Ja	Nein
Kontakt zu einem Kinder- und Jugendpsychiater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fand bereits ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Aufenthalt statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Erzieher\*innen/ anderen Kindern zurecht?

---

---

---

Gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?

---

---

---

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? Wurde Ihr Kind zurückgestellt oder früher eingeschult?

---

---

Musste Ihr Kind bisher eine Klasse wiederholen?

---

---

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 / Hausaufgaben / Fehlzeiten

---

---

---

---

- bezüglich der Lehrer\*innen

---

---

---

---

- bezüglich der Mitschüler\*innen

---

---

---

---

- andere Schwierigkeiten

---

---

---

---

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind?

---

---

---

---

Welche Interessen / Hobbies hat Ihr Kind? Was macht es in der Freizeit?

---

---

---

---

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern /Jugendlichen zurecht?

---

---

---

---

Hat Ihr Kind Freunde? Hat Ihr Kind einen besten Freund/eine beste Freundin? Was tut es mit diesen 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer/Tablet/Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playstation/Wii/Konsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: .....