



HMU Health and Medical University GmbH

Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam

Telefon: 0331 745 11 33 11

E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de

Betriebsstättennr.: 830 357 100



■ Psychotherapeutische Hochschulambulanz

Lehr- & Forschungsambulanz

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 Potsdam
Schiffbauergasse 14
14467 Potsdam

E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de

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

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 in Potsdam 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 GmbH
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam
Telefon: 0331 745 11 33 11
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de
Betriebsstättennr.: 830 357 100



Lehr- & Forschungsambulanz

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 GmbH
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam
Telefon: 0331 745 11 33 11
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de
Betriebsstättennr.: 830 357 100



Lehr- & Forschungsambulanz

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"/> Im 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	Klasse: _____ 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	seit: _____ 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)

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 GmbH
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam
Telefon: 0331 745 11 33 11
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de
Betriebsstättennr.: 830 357 100



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?



HMU Health and Medical University GmbH

Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam

Telefon: 0331 745 11 33 11

E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de

Betriebsstättennr.: 830 357 100



■ Psychotherapeutische Hochschulambulanz

Lehr- & Forschungsambulanz

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: <input type="text"/> | |

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

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



HMU Health and Medical University GmbH
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam
Telefon: 0331 745 11 33 11
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de
Betriebsstättennr.: 830 357 100



Lehr- & Forschungsambulanz

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 Potsdam 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 GmbH
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam
Telefon: 0331 745 11 33 11
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de
Betriebsstättennr.: 830 357 100



Lehr- & Forschungsambulanz

Sorgerechterklärung

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 GmbH
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam
Telefon: 0331 745 11 33 11
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de
Betriebsstättennr.: 830 357 100



Lehr- & Forschungsambulanz

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 GmbH
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam
Telefon: 0331 745 11 33 11
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de
Betriebsstättennr.: 830 357 100



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 Potsdam
Schiffbauergasse 14
14467 Potsdam

E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.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 Potsdam