



Eingangsfragebogen KiJu

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zum Therapiewunsch bzgl. Ihres Kindes. Diese Informationen helfen uns, das erste Gespräch, sowie die nachfolgende diagnostische Untersuchung entsprechend der individuellen Situation Ihrer Familie / Ihres Kindes zu planen und durchzuführen.

Bitte beantworten Sie jede Frage. Gern können Sie auch weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt¹.

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben an unsere Anschrift zurück.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Ich interessiere mich für eine Behandlung in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Hamburg und bitte Sie, mein Kind für ein persönliches Erstgespräch vorzumerken. Mit der Unterschrift geben Sie an, dass die Angaben korrekt sind und wir Sie über die von Ihnen angegebenen Kontaktdaten kontaktieren dürfen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

¹ Genauere Informationen zum Schutz Ihrer Daten finden Sie am Ende dieses Dokuments

Angaben zum Kind / Sorgeberechtigten

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Kontaktdaten der Eltern (ggf. zusätzlich des Kindes)

Telefon:

Mobil:

Dürfen wir Sie telefonisch kontaktieren?

☐ nein☐ ja

Wenn ja, wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar?

E-Mail:

Dürfen wir Sie bzgl. Nachfragen per E-Mail kontaktieren?

☐ nein☐ ja

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen?

☐ nein☐ jaWenn ja wann?

Neue Anschrift?

Kindergarten- bzw. Schulbesuch und Betreuung

Mein Kind besucht(e) folgende Einrichtungen:

Kindergarten:

☐ ganztags☐ nur vormittags☐ aktuell☐ in der VergangenheitSchule:

Schulart:

Gab es Schulwechsel?

☐ nein☐ jaKlasse:

Wurde bereits eine Klasse wiederholt?

☐ nein ☐ ja

Das Kind wird nachmittags folgendermaßen betreut:

- ☐ Kinderhort
- ☐ Ganztagschule
- ☐ Tagesmutter
- ☐ Eltern/Elternteil
- ☐ Großeltern
- ☐ Familie
- ☐ sonstige:

Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Das Kind lebt aktuell mit:

- ☐ beiden leiblichen Eltern
- ☐ einem leiblichen Elternteil (☐ Mutter ☐ Vater)
- ☐ mit Partner
- ☐ Adoptiveltern
- ☐ Pflegeeltern
- ☐ sonstige: _____
- ☐ Geschwistern

Geschwisterzahl, mit denen das Kind aktuell zusammenlebt: _____

☐ leiblich ☐ Stiefgeschwister ☐ Adoptivgeschwister

Geschwister (Name, Alter, Tätigkeit):

1.

2.

3.

Sorgeberechtigt ist: _____

Berufstätigkeit der Eltern

Mutter:

- ☐ ganztätig
- ☐ teilzeitbeschäftigt
- ☐ im Haushalt tätig
- ☐ Schichtarbeit
- ☐ arbeitssuchend
- ☐ sonstiges:

Berufsbezeichnung: _____

Vater:

- ☐ ganztätig
- ☐ teilzeitbeschäftigt
- ☐ im Haushalt tätig
- ☐ Schichtarbeit
- ☐ arbeitssuchend
- ☐ sonstiges:

Berufsbezeichnung: _____

Krankenversicherung des Kindes:

Krankenkasse/ -versicherung:

gesetzlich krankenversichert bei (Name der Krankenkasse)

Kennnummer der Krankenkasse (zu finden auf der Gesundheitskarte)

Versichertennummer (zu finden auf der Gesundheitskarte)

Private Krankenversicherung, bei (Name der Krankenkasse)

Beihilfe (bitte Zusatzversicherung –s.u. - angeben) _____

Post, Bahn, Polizei, Bundeswehr, Behörde: _____

Sozialamt, welches _____

LVA Landesversicherungsanstalt, Bundesland _____

BfA Bundesvers. Anstalt f. Angest. _____

Knappschaft _____

Berufsgenossenschaft _____ welche: _____

Sonstige _____

☐ Nicht versichert

Name, Anschrift und Telefonnummer der zuständigen Geschäftsstelle bzw. Behörde:

Zusatzversicherung? ☐ nein ☐ ja

Falls ja: Name, Anschrift und Telefonnummer der zuständigen Geschäftsstelle:

Entwicklungs- und Krankengeschichte

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?

☐ nein☐ ja, welche: _____Die Geburt war in der _____ Schwangerschaftswoche ☐ natürlich☐ Kaiserschnitt☐ komplikationslos☐ mit Komplikationen: _____

Wer bestraft das Kind, wenn es dazu kommt? _____

Wird/wurde das Kind geschlagen?

☐ nein☐ ja:

Gab oder gibt es Auffälligkeiten oder Probleme...

...in der sprachlichen Entwicklung?

☐ nein☐ ja: _____

...in der motorischen Entwicklung?

☐ nein☐ ja: _____

...in der Sauberkeitserziehung?

☐ nein☐ ja: _____

...beim Hören?

☐ nein☐ ja: _____

...beim Sehen?

☐ nein☐ ja: _____

Gibt es körperliche Vorerkrankungen?

☐ nein☐ ja: _____Wurde bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert? ☐ nein ☐ ja: _____

Behandelnde Kinder-/Hausärztin ist (Name, Adresse):

Was ist der Anlass der Vorstellung in der psychotherapeutischen Ambulanz?

Welche Behandlungsversuche haben Sie bisher unternommen?

☐ Physiotherapie:☐ aktuell☐ abgeschlossen☐ Ergotherapie☐ aktuell☐ abgeschlossen☐ Logopädie☐ aktuell☐ abgeschlossen☐ Psychotherapie☐ aktuell☐ abgeschlossen

Falls ja: Name, Adresse, Problematik:

Gab es bereits stationäre Behandlungen?

☐ nein☐ ja, in wann: _____

Findet derzeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie oder -psychiatrie statt?

☐ nein ☐ ja

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja

Falls ja: Welches Präparat / welche Dosierung /seit wann?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden / wer hat Ihnen die Anmeldung in der Psychotherapie-Ambulanz empfohlen?

Entwicklung des Problemverhaltens

Vorstellungsanlass (Problem, wegen dem es zur Vorstellung kommt):

Wann ist das beschriebene Verhalten erstmals aufgetreten?

Gab es besondere Ereignisse, die damit zusammenfielen?

Falls ja: _____

Wo und wie zeigt sich das Problemverhalten:

☐ Familie: _____

☐ Freizeit: _____

☐ Freunde: _____

☐ Schule: _____

Wir danken Ihnen für die Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Senden Sie dann den Fragebogen an die

**Universität Hamburg
Psychotherapeutische Hochschulambulanz
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg**

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

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Psychotherapeutische Hochschulambulanz die oben aufgeführten Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin der Hochschulambulanz anbahnen zu können.

EMPFÄNGER IHRER DATEN. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie ausdrücklich der Weiterleitung zugestimmt haben.

SPEICHERUNG IHRER DATEN. Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Anbahnung der Psychotherapie in der Ambulanz notwendig ist. Sollten Sie eine Psychotherapie in unserer Ambulanz beginnen, werden wir Ihre Daten längerfristig aufbewahren: Sobald ein erstes Gespräch in der Ambulanz stattgefunden hat, sind wir aufgrund rechtlicher Vorgaben dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Daten werden dabei über die gesamte Zeitdauer durch geeignete technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen geschützt.

IHRE RECHTE. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis in Form einer Schweigepflichtsentbindung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Datenübermittlung oder Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Klosterwall 6 (Block C), 20095 Hamburg

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

Ihr Ambulanzteam