

Allgemeine Ambulanz

Zentrum für Psychische Gesundheit
Abt. Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- u. Jugendalter
Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Ambulanz
Telefon: 07071 29 82338
Fax: 07071 29 25146
E-Mail: ppkj@med.uni-tuebingen.de

Telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Do. 9-11 Uhr und 14-15:30 Uhr
Fr. 9-11 Uhr und 14-15 Uhr

Notfallkontakt: 07071 29-62465

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Eltern,

Sie haben sich für einen Termin in unserer Ambulanz gemeldet. Damit wir die Terminvereinbarung reibungslos bearbeiten können, füllen Sie bitte die erforderlichen Unterlagen (Anmelde- und Anamnesebogen) aus und senden Sie diese **vollständig** zurück.

Anschließend werden Sie inhaltlich einer Sprechstunde zugewiesen und erhalten einen Wartelistenplatz. Sobald wir einen Termin für Sie zur Verfügung haben melden wir uns bei Ihnen. Bitte haben Sie Verständnis, dass Anfragen zur Wartezeit nicht bearbeitet werden können.

Aufgrund der hohen Nachfrage beträgt die Wartezeit für ein erstes Gespräch derzeit mehrere Monate. Wir sind uns der Wichtigkeit zeitnaher Unterstützung bewusst, bitten jedoch um Ihr Verständnis für mögliche Verzögerungen. Für Familien von außerhalb unseres Versorgungsgebietes (Landkreise Tübingen und Reutlingen) werden wir in absehbarer Zeit leider keine Ersttermine anbieten können, in jedem Fall ist mit massiv erhöhten Wartezeiten zu rechnen. Für eine zeitnahe Vorstellung in einer psychiatrischen Institutsambulanz sollten Sie sich an das für Ihren Landkreis zuständige Versorgungskrankenhaus wenden. Wir setzen alles daran, unsere Ressourcen effektiv zu nutzen und die Qualität unserer Versorgung sicherzustellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Helen Spieles
Oberärztin Ambulanz

Ida Steinacker
Therapeutische Ambulanzleitung

Moritz Walz
Therapeutische Ambulanzleitung

Universitätsklinikum Tübingen
Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Tübingen
Steuer-Nr. 86156/09402
USt.-ID: DE 146 889 674
Geissweg 3
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 29-0
www.medizin.uni-tuebingen.de

Aufsichtsrat
Dr. Hans J. Reiter (Vorsitzender)
Vorstand
Prof. Dr. Jens Maschmann (Vorsitzender)
Dr. Daniela Harsch (Stellv. Vorsitzende)
Prof. Dr. Ulrike Ernemann
Prof. Dr. Sara Y. Brucker
Klaus Tischler

Banken
Baden-Württembergische Bank Stuttgart:
IBAN: DE 41 6005 0101 7477 5037 93
BIC (SWIFT-Code): SOLADEST600
Kreissparkasse Tübingen:
IBAN: DE 79 6415 0020 0000 0141 44
BIC (SWIFT-Code): SOLADES1TUB



Anmeldebogen

- Bitte füllen Sie alle Unterlagen **vollständig** aus und senden diese an uns zurück.

Auf **Seite 8** finden Sie eine **Checkliste** mit den noch zusätzlich notwendigen Unterlagen

- Wir bemühen uns um eine inhaltlich zielgerichtete Terminvereinbarung

Anmeldung für:

- ☐ Diagnostische Abklärung
- ☐ Wiedervorstellung (hatten in den letzten 12 Monaten einen Termin)
- ☐ Zweitmeinung
- ☐ Teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)
- ☐ Vollstationäre Behandlung (Station)

Zentrum für Psychische Gesundheit

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie

Abt. Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- u. Jugendalter

Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner

Osianderstraße 14

72076 Tübingen

Ambulanz:

Telefon: 07071 29-82338

Fax: 07071 29-25146

ppkj@med.uni-tuebingen.de

Telefonische Sprechzeiten:

Mo. – Do. 9-11 Uhr und 14-15:30 Uhr

Fr. 9-11 Uhr und 14-15 Uhr

Notfallkontakt: 07071 29-62465

Von der Ambulanz auszufüllen:

Termin bei _____

Am _____

Daten des Kindes

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Ihr Kind lebt bei ☐ beiden Eltern ☐ der Mutter ☐ dem Vater ☐ _____

Kontakt Daten Mutter	Kontakt Daten Vater	Kontakt Daten Wohngruppe/ Pflegefamilie/ o. ä. (falls zutreffend)
Name:	Name:	Name:
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
Mobil:	Mobil:	Mobil:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:
Sorgerecht ☐ Ja ☐ Nein	Sorgerecht ☐ Ja ☐ Nein	Sorgerecht ☐ Ja ☐ Nein



Angaben zur Versicherung (Die Daten finden Sie auf der Versichertenkarte)

Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat	
Name der Krankenkasse: Nummer der Krankenkasse:	Versichertennummer (Kind): Hauptversicherte/r, inkl. Geb.datum (ein Elternteil):
Videosprechstunde – weitere Informationen auf S. 7	
Wir können uns vorstellen, dass Kontakte per Video stattfinden: ☐ Ja ☐ Nein	<u>Voraussetzungen:</u> -Gerät mit Kamera, Mikrofon (PC, Laptop, Tablet, Handy) -Internetzugang
Problematik / Symptomatik / Vordiagnosen	
Weitere Angaben – Bitte lassen Sie uns hier entsprechende (Vor-)Befunde/Berichte zukommen	
Erster Kontakt zu <u>unserer</u> Klinik?	☐ ja ☐ nein
Überweisung von der Kinderklinik oder Gynäkologie (DSD)?	☐ ja ☐ nein
Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente zu sich? Wenn ja, welche und wie dosiert?	☐ ja ☐ nein
Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater*in? Wenn ja, zu wem?	
Besteht dieser Kontakt noch? ☐ ja ☐ nein	
Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendtherapeut*in? Wenn ja, zu wem?	
Besteht dieser Kontakt noch? ☐ ja ☐ nein	
Fand bereits ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Aufenthalt statt? Wenn ja, wann und wo?	
Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung statt? Wenn ja, wann und wo?	



Dieses Dokument wird zwingend benötigt
Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Elternteile
(Die Unterschrift aller Sorgeberechtigten ist notwendig)

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

1. Einverständnis zur Diagnostik und Behandlung

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unser Kind in der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen, untersucht, behandelt und betreut wird.

Name sorgeberechtigter Elternteil 1 (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Name sorgeberechtigter Elternteil 2 (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

2. Vertretungsregelung für Terminwahrnehmung und Schweigepflichtsentbindung

Sollte nur eine sorgeberechtigte Person bei Terminen anwesend sein, bevollmächtigen wir diese Person ausdrücklich, stellvertretend Entscheidungen zu treffen und Erklärungen abzugeben (z. B. Schweigepflichtsentbindung).

Wir bevollmächtigen

O die/den sorgeberechtigte/n Mutter/Vater: Name, Vorname _____

O die/den sorgeberechtigte/n Mutter/Vater: Name, Vorname _____

O Sonstige Personen (z. B. Pflegeeltern, Wohngruppe): Name, Vorname _____

in die Behandlung einzuwilligen und alle dafür notwendigen Erklärungen abzugeben.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Name sorgeberechtigter Elternteil 1 (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Name sorgeberechtigter Elternteil 2 (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift



Weitere Informationen hierzu auf S. 6

**Einverständniserklärung Foto-/Videoaufzeichnung/
Verschwiegenheit/ Kontaktaufnahme Studienanfragen**

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

da uns die bestmögliche Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes am Herzen liegt, bitten wir um Ihr/Dein Einverständnis in die nachfolgenden Punkte, die uns die Arbeit erleichtern werden. Nähere Erläuterungen entnehmen Sie/entnimmst Du bitte der Rückseite.

Name des Kindes/Jugendlichen:

_____, geboren am _____

Für den Diagnostik-/ Behandlungszeitraumes zwischen meinem Kind bzw. mir und den Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bitte zutreffendes markieren)

- ☐ bin ich einverstanden, dass eine Sofortbildaufnahme von meinem Kind gemacht wird.
- ☐ verpflichte ich mich zur Verschwiegenheit von vertraulichen Informationen gegenüber Dritten.
- ☐ bin ich einverstanden, dass Bild- und oder Tonaufnahmen aufgezeichnet werden zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.
- ☐ bin ich einverstanden, dass die Bild- oder Tonaufnahmen zu supervisorischen Zwecken innerhalb der KJP verwendet werden.

Ich bin damit einverstanden für Studienanfragen der Abteilung kontaktiert zu werden

- ☐ Kontaktaufnahme für Studienanfragen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass jede dieser Erklärungen freiwillig erfolgt ist. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Erklärung zu widerrufen, formlos schriftlich oder mündlich. Die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen kann selbstverständlich auch erfolgen, wenn ich nicht mit der Verwendung der Aufnahmen und Daten einverstanden bin.

Name des sorgeberechtigten Elternteils 1 in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name des sorgeberechtigten Elternteils 2 in Druckbuchstaben

Unterschrift

Unterschrift des Kindes/Jugendlichen

Ort, Datum



Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen

Einverständniserklärungen – Informationsblatt

Sofortbildaufnahme für die Akte

Die Sofortbildaufnahme wird bei einem der Termine in unserer Ambulanz gemacht. Die Aufnahme dient vor allem zur Wiedererkennung Ihres Kindes. Das Bild wird während der Diagnostik und Behandlung in der Akte hinterlegt. Die Bilder werden nach Abschluss der Behandlung nicht gespeichert. Wir werden diese entsprechend vernichten. In keinem Fall werden personenbezogene Daten an Dritte weitergeleitet.

Verpflichtung zur Verschwiegenheit

Im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes/Deiner Behandlung können Sie/kannst Du Informationen über Mitpatienten erhalten, die sehr persönlich und nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt sind. Durch Ihre/Deine Unterschrift verpflichten Sie sich/verpflichtest Du Dich, über diese Informationen Still-schweigen zu bewahren. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt für die gesamte Behandlungs-dauer und danach.

Bild- und Tonaufnahmen

Unsere Klinik verfügt über die Möglichkeit, Bild- und Tonaufnahmen (Fotos, Videos, Tonbandaufnahme, etc.) anzufertigen. Die Aufzeichnungen werden im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen verwendet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- Diagnostik und Therapie: Ziel der Bild- und Tonaufnahmen ist in erster Linie die Verbesserung der Qualität in der Diagnostik, Einschätzung und Behandlung. Durch eine nachträgliche, genaue Betrachtung im interdisziplinären Team lässt sich die Qualität der Behandlung verbessern.
- Supervision und interne Lehre: Als Universitätsklinikum sind wir ein Ausbildungs Krankenhaus, d.h. die Ausbildung von Ärzt*innen, Therapeut*innen, Pflegekräften etc. ist wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Dabei kann in Besprechungen eine entsprechende Aufnahme zur Behandlungsqualität beitragen.

Kontaktaufnahme für Studienanfragen

Wir führen wissenschaftliche Studien durch, um mehr über die Ursachen psychiatrischer Erkrankungen zu erfahren und um unser bisheriges Wissen erweitern zu können. Dadurch ist es uns möglich unsere Behandlung stetig zu verbessern. Sie/Du könntest/könntest uns bei der Weiterentwicklung des medizinischen Fachwissens helfen, von dem Menschen mit psychischen Störungen in Zukunft profitieren können. Wir würden uns freuen, wenn wir Sie und Ihr Kind/Dich im Rahmen von Studien kontaktieren dürften. Ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin würde sich bei Ihnen/Dir dann gegebenenfalls melden, um Ihnen/Dir die Studie ausführlich vorstellen zu können. Unsere Studien werden von der zuständigen Ethik-Kommission geprüft und zustimmend bewertet. Die Teilnahme an Studien ist freiwillig. Es besteht jederzeit die Möglichkeit die Teilnahme an einer Studie abzulehnen – ohne Angaben von Gründen und ohne Einschränkung auf die medizinische Versorgung und Rechte. Zudem können Sie/kannst Du jederzeit Ihr/Dein Einverständnis, im Rahmen von Studien von uns kontaktiert zu werden, widerrufen. Ihre/Deine Daten werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.



Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen

Informationsblatt

Video- und Telefonsprechstunde

Vermehrt wird auch in unserem Hause zusätzlich auf Video- und Telefonsprechstunden zurückgegriffen. Sie stellen für uns ein zusätzliches Angebot dar. Es werden weiterhin persönliche Termine vor Ort durchgeführt. Sie können bei der Anmeldung und Terminvereinbarung angeben, ob die Durchführung von Videosprechstunden möglich und für Sie durchführbar ist.

Sollte dies der Fall sein, bekommen Sie in der Regel per E-Mail einen Link zugesandt über den Sie auf unser Videosystem zugreifen können.

Zur Durchführung benötigen Sie ein internetfähiges Endgerät mit Mikrofon und Kamera. Prüfen Sie bitte auch, dass die Einstellungen Ihres Browsers dafür aktiviert sind. Bitte achten Sie auf eine ruhige und gut beleuchtete Umgebung zur störungsfreien Durchführung. Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig und die Nutzung der Software erfolgt unentgeltlich.

Das Programm über das die Videosprechstunde durchgeführt wird ist von den Krankenkassen zertifiziert und anerkannt. Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zur Videosprechstunde erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V.

Wir informieren Sie hiermit:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich / mein Kind und Mitarbeitende der Klinik freiwillig ist
- Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes auf beiden Seiten in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt.
- Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.
- Die Mitarbeiter informieren im Rahmen der Sprechstunde entsprechend der Anforderungen die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von § 3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag –Ärzte SGB V)
- Sie willigen in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Mitarbeitende der Klinik ein. Immer entsprechend der sowieso geltenden Datenschutzbestimmungen
- Sie können jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen die Einwilligung bei den Mitarbeitenden der Klinik widerrufen

Ihre Checkliste

Notwendige Unterlagen vor dem Termin:

Bitte senden Sie folgende Unterlagen mit, sofern vorhanden:

- ☐ Arztbriefe (in Kopie)
- ☐ Therapieberichte + Vorbefunde (in Kopie)
- ☐ Schulverhaltensbericht (formlos) des/der Klassenlehrers/in
- ☐ Zeugniskopien der letzten 2 Jahre
- ☐ Jugendamtsberichte (in Kopie)

Notwendige Informationen und Unterlagen zum Termin:

Bitte kommen Sie **15 Minuten** vor Ihrem Ersttermin zur Anmeldung

- ☐ Überweisung von Ihrem Kinder- oder Hausarzt*in (für jedes Quartal notwendig!)
Mit Vermerk: Zur Diagnostik und Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz
- ☐ Versichertenkarte (bei gesetzlicher Versicherung)
- ☐ Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils, der nicht am Termin teilnimmt
- ☐ Einverständniserklärung bezüglich Video-/Foto-/Studienkontakt
- ☐ Gelbes Untersuchungsheft

Bitte beachten Sie, dass aufgrund von mehreren Baumaßnahmen im Kliniken Tal, die Parksituation und die Fußwege deutlich eingeschränkt sind. Es müssen längere Laufwege eingeplant werden (s. Anfahrtsbeschreibung).

Wir bitten dies, bezüglich Ihrer Anfahrt, mit einzuberechnen und entsprechend früher anzufahren. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

Anfahrtsbeschreibung



Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Die Busse der Linien 5, 13, 18 und 19 starten direkt gegenüber dem Tübinger Hauptbahnhof.

Buslinie 5:

Ausstieg an der Haltestelle „Kliniken Tal“, bitte überqueren Sie die Straße, anschließend folgen Sie der Ausschilderung „Psychiatrische Klinik“
(Fußweg ca. 10 Minuten)

Buslinien 13, 18 & 19:

Ausstieg Haltestelle „Calwer Straße“. Bitte folgen Sie der Beschilderung „Kliniken Tal“/ „Psychiatrische Klinik“.
(Fußweg ca. 10 Minuten)

Anreise mit dem Auto:

Es empfiehlt sich entweder an der Schnarrenbergstraße an den seitlich der Fahrbahn befindlichen Parkbuchten oder im Parkhaus P3 (Innenstadt Kliniken, Röntgenweg 2) zu parken und der Beschilderung „Psychiatrische Klinik“ zu folgen.

Das Parken auf dem Privatgelände der Klinik ist nicht gestattet.

ANAMNESEBOGEN

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von: Mutter ☐ Vater ☐ _____

KIND / JUGENDLICHER

Vor- und Nachname

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ _____

Geburtsdatum

Geburtsort

Kind lebt bei

☐ Leiblichen Eltern ☐ Pflegeeltern
☐ Leiblicher Mutter ☐ Wohngruppe
☐ Leiblichem Vater ☐ Adoptiveltern
☐ _____

Aktuelle Schulart:

(Grundschule, Gemeinschaftsschule, etc.)

Klasse:

Klassenlehrer/in:

Name und Anschrift der Schule:

Tel.:

VORSTELLUNGSANLASS UND PROBLEMBEREICHE

Vorstellung veranlasst durch:

☐ Eltern ☐ Kinderärzt*in/Hausärzt*in: ☐ Therapeut*in: _____
☐ Schule ☐ Kindergarten ☐ _____

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Wann traten die bestehenden Probleme erstmals auf?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

Ziel der Vorstellung:

ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES				
VERLAUF IN DER SCHWANGERSCHAFT	Wievielte Schwangerschaft?	☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ ____		
	Falls Anzahl von Geschwistern von Anzahl Schwangerschaften abweicht: Welche Probleme sind aufgetreten?			
	Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle von Angehörigen, Trennung, Umzug, etc.):			
	Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt etc.):			
	Risikofaktoren: ☐ Rauchen. Wenn ja, wie viel? ☐ Alkoholkonsum. Wenn ja, wie viel? ☐ Drogenkonsum. Wenn ja, welche Drogen und wie viel?			
GEBURT	Schwangerschaftswoche der Entbindung:			
	Alter der Mutter bei Geburt:			
	Verlauf / Komplikationen während der Geburt:			
	Geburtsgewicht: Kopfumfang:	Körpergröße: APGAR: NapH:		
VERLAUF NACH DER GEBURT	Komplikationen nach der Geburt:			
	Wurde ihr Kind gestillt? ☐ nein ☐ ja, bis zum <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Lebensmonat			

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG			
Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.)			
ALTER IN MONATEN	Motorische Entwicklung des Kindes		
	Alleine sitzen	Alleine stehen	Frei laufen
	Sprachliche Entwicklung des Kindes		
	Erste Worte sprechen	Einfache Sätze bilden	
	Sauberkeitsentwicklung des Kindes		
	Trocken/sauber tagsüber	Trocken/sauber nachts	Rückfälle
	Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen? Wenn ja, welche?		
Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als: ☐ normal/gleich schnell entwickelt ☐ langsamer entwickelt ☐ rascher entwickelt			
KITA-/KINDERGARTENZEIT			
Besucht/besuchte Ihr Kind eine Kindertagesstätte (U-3) ☐ ja, Eintrittsalter: Jahre Monate ☐ nein			
Gab es Auffälligkeiten? ☐ ja, welche _____ ☐ nein			
Besucht/besuchte Ihr Kind einen Kindergarten? ☐ ja, Eintrittsalter: Jahre Monate ☐ nein, weil:			

Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (z.B. Trennungsängstlichkeit)? ☐ nein ☐ ja, welche:	
Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den anderen Kindern zurecht?	Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den Erzieher/innen zurecht?
Gibt / gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse? ☐ nein ☐ ja, welche:	
Gab es während der Kindergartenzeit Unterstützungsmaßnahmen von außen? ☐ Integrationskraft ☐ Sonstiges	
Wie gerne geht/ging Ihr Kind in den Kindergarten? ☐ sehr gerne ☐ gerne ☐ mittel ☐ nicht so gerne ☐ sehr ungern	
Gab es einen Kindergartenwechsel? ☐ nein ☐ ja, wann (Jahr; Alter des Kindes), warum:	
SCHULISCHE ENTWICKLUNG	
Wann wurde Ihr Kind eingeschult? Schuljahr: Alter des Kindes: Jahre Monate Welche Schule: _____	
Gab es bei Einschulung/zu Beginn der Schulzeit Schwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja, welche:	
Gab/gibt es in der Grundschulzeit Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?	
Wie kommt/kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Kindern zurecht?	Wie kommt/kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Lehrkräften zurecht?
Hat ihr Kind in der Grundschule eine Klasse wiederholt? ☐ nein ☐ ja, welche, weshalb:	
Einschulung in Klasse 5 (weiterführende Schule) Welche Schule: _____	

Kam es zu Schulwechseln? ☐ nein ☐ ja, wann (Klassenstufe): _____ welche Schule _____
Hat Ihr Kind eine Klasse in der weiterführenden Schule wiederholt? ☐ nein ☐ ja, welche: _____ ☐ weshalb: _____
Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes in der Schule aktuell beschreiben?
Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule? ☐ überdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ unterdurchschnittlich
Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes: ☐ zufrieden ☐ meistens zufrieden ☐ selten zufrieden ☐ unzufrieden Noten des letzten Zeugnisses/Halbjahresinformation: Mathe: _____ Deutsch: _____ Englisch: _____
Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen? ☐ nein ☐ ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung): _____ Wurde bereits eine Diagnose gestellt? ☐ nein ☐ ja, welche, wann: _____
BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE FÜR DAS KIND
Bitte beschreiben (z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, etc.) ☐ Trennungserfahrungen: _____ wann: _____ ☐ Scheidung der Eltern: _____ wann: _____ ☐ Tod (wichtiger Bezugsperson): _____ wann: _____ ☐ Geburt von Geschwistern: _____ wann: _____ ☐ Unfall: _____ wann: _____ ☐ _____ wann: _____

FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG					
Wie häufig...	Jeden Tag	Etwa 3-5 Mal pro Woche	Etwa 1-2 Mal pro Woche	Seltener	Nie
...trifft sich Ihr Kind mit anderen Kindern (außerhalb der Schulzeit)	☐	☐	☐	☐	☐
...spielt Ihr Kind im Freien?	☐	☐	☐	☐	☐
...ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden? (Sportverein, Gemeinde, Musikinstrument, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Welchen regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht ihr Kind nach? (Bsp.: Fußball, Chor, Pfadfinder, etc.)					
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien?					
	Weniger als 1 Stunde	Etwa 1-2 Stunden	Etwa 3-4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy / Smartphone	☐	☐	☐	☐	☐
Computer / Tablet / Internet	☐	☐	☐	☐	☐
Fernsehen	☐	☐	☐	☐	☐
Playstation / Wii / Konsole	☐	☐	☐	☐	☐
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind insgesamt mit elektronischen Medien? (TV, PC, Tablet, Handy, etc.)					
Montag bis Freitag: Stunden Wochenende: Stunden					
KRANKHEITEN UND ALLERGIEN					
Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?					
Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?					
Bisherige Krankenhausaufenthalte:					

Chronische Erkrankungen	☐ Asthma, seit: _____ Medikation: _____ ☐ andere: _____ seit: _____ Medikation: _____	
Allergien	☐ Medikamente: _____ ☐ Nahrungsmittel: _____ ☐ Gräser / Bäume: _____ ☐ Tierhaare: _____ ☐ andere: _____	
Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich? Am Tag: In der Nacht: 		
Wie lange braucht Ihr Kind um einzuschlafen? ☐ 10-30 Min. ☐ 30-60 Min. ☐ 60-90 Min. ☐ 90 -120 Min. ☐ _____ Wacht Ihr Kind häufig nachts auf? ☐ nein ☐ ja, wie oft: ☐ weshalb (z. B. Alpträume, unruhiger Schlaf, etc.): Wie reagieren Sie dann als Eltern?		
FAMILIE		
	☐ Leibliche Mutter ☐ Adoptivmutter ☐ Pflegemutter	☐ Leiblicher Vater ☐ Adoptivvater ☐ Pflegevater
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Handy		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitsumfang Std./Woche		

Höchster allgemein- bildender Schulabschluss	☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler ☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler ☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
Höchster beruflicher Abschluss	☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in ☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung ☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung ☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung ☐ Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie ☐ Fachhochschule, Ingenieurschule ☐ Universität oder Hochschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in ☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung ☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung ☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung ☐ Fachschule, z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie ☐ Fachhochschule, Ingenieurschule ☐ Universität oder Hochschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
Erwerbstätigkeit	☐ Vollzeit erwerbstätig ☐ Teilzeit erwerbstätig ☐ geringfügig erwerbstätig ☐ nicht erwerbstätig ☐ in Rente/ in Frührente seit: _____	☐ Vollzeit erwerbstätig ☐ Teilzeit erwerbstätig ☐ geringfügig erwerbstätig ☐ nicht erwerbstätig ☐ in Rente/ in Frührente seit: _____
Berufliche Stellung (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten)	☐ Angestellte ☐ Arbeiterin ☐ Beamtin ☐ Landwirtin im Haupterwerb ☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter	☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Landwirt im Haupterwerb ☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter ☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern ☐ Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt)

	☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern ☐ Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt) ☐ Auszubildende, Praktikantin, Volontärin ☐ Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende ☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr ☐ noch nie erwerbstätig gewesen	☐ Auszubildender, Praktikant, Volontär ☐ Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender ☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr ☐ noch nie erwerbstätig gewesen
Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind	☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) ☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) ☐ nein	☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) ☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) ☐ nein
Sorgerecht	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
LEBENSITUATION DER ELTERN		
☐ zusammenlebend, seit: _____ ☐ verheiratet, seit: _____ ☐ getrennt lebend, seit: _____	☐ geschieden, seit: _____ ☐ andere Familienkonstellation: _____	
FÜR GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE		
	Lebenspartner/in der Mutter	Lebenspartner/in des Vaters
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Partnerschaft seit		
Zusammenlebend seit		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		

Arbeitsumfang Std./Woche		
Höchster allgemein-bildender Schulabschluss	☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler ☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule ☐ anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____	☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler ☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule ☐ anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____
Höchster beruflicher Abschluss	☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z. B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in ☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung ☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung ☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung ☐ Fachschule, z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie ☐ Fachhochschule, Ingenieurschule ☐ Universität oder Hochschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z. B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in ☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung ☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung ☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung ☐ Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie ☐ Fachhochschule, Ingenieurschule ☐ Universität oder Hochschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
Erwerbstätigkeit	☐ Vollzeit erwerbstätig ☐ Teilzeit erwerbstätig ☐ geringfügig erwerbstätig ☐ nicht erwerbstätig ☐ in Rente/ in Frührente seit: _____	☐ Vollzeit erwerbstätig ☐ Teilzeit erwerbstätig ☐ geringfügig erwerbstätig ☐ nicht erwerbstätig ☐ in Rente/ in Frührente seit: _____
Berufliche Stellung (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten)	☐ Angestellte ☐ Arbeiterin ☐ Beamtin ☐ Landwirtin im Haupterwerb	☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Landwirt im Haupterwerb ☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter

	☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter ☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern ☐ Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt) ☐ Auszubildende, Praktikantin, Volontärin ☐ Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende ☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr ☐ noch nie erwerbstätig gewesen	☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern ☐ Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt) ☐ Auszubildender, Praktikant, Volontär ☐ Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender ☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr ☐ noch nie erwerbstätig gewesen
Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind	☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) ☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) ☐ nein	☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) ☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) ☐ nein
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler ☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____	☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler ☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule ☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben): _____
UMGANGSREGELUNG (BEI GETRENNT LEBENDEN ELTERNPAAREN)		
☐ Es besteht Kontakt mit dem getrenntlebenden Elternteil. Wie häufig? ☐ Es besteht kein Kontakt mit dem leiblichen Vater / der leiblichen Mutter. Seit wann und warum?		
Umgangsregelung entstanden durch: ☐ Eltern untereinander / einvernehmlich ☐ Beratungsstelle ☐ Jugendamt ☐ Gericht ☐ _____		

Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Regelung?					
☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ unzufrieden					
Andere Wohn-/Lebenssituation:					
☐ lebt bei den Großeltern Hauptansprechpartner: _____					
☐ lebt in Wohngruppe					
GESCHWISTER					
	1	2	3	4	5
Vorname					
Nachname					
Geburtsdatum					
Beziehung	☐ Voll-geschwister ☐ Halb-geschwister ☐ Stief-geschwister	☐ Voll-geschwister ☐ Halb-geschwister ☐ Stief-geschwister	☐ Voll-geschwister ☐ Halb-geschwister ☐ Stief-geschwister	☐ Voll-geschwister ☐ Halb-geschwister ☐ Stief-geschwister	☐ Voll-geschwister ☐ Halb-geschwister ☐ Stief-geschwister
Falls Halbgeschwister/ Stiefgeschwister	☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits	☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits	☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits	☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits	☐ mütterlicherseits ☐ väterlicherseits
Klasse; Schulart oder Schulabschluss					
Ausbildung / Beruf					
Gibt es Probleme, Auffälligkeiten oder Erkrankungen?	Körperlich:	Körperlich:	Körperlich:	Körperlich:	Körperlich:
Wenn ja, welche?	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:	psychisch/ Verhalten:
Lebt mit dem Kind/Jugendlichen im gleichen Haushalt? (ja/nein)					
BEKANNTE ERKRANKUNGEN UND AUFFÄLLIGKEITEN IN DER FAMILIE					
Welche körperlichen und psychischen Erkrankungen liegen bekanntermaßen in der Familie vor?	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Opa (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Sonstige Verwandte
	<u>körperlich:</u>	<u>körperlich:</u>	<u>körperlich:</u> ms: vs:	<u>körperlich:</u> ms: vs:	<u>körperlich:</u> ms: vs:

	<u>psychisch:</u>	<u>psychisch:</u>	<u>psychisch:</u> ms: vs:	<u>psychisch:</u> ms: vs:	<u>psychisch:</u> ms: vs:
Suizidversuche	☐	☐	☐	☐	☐
Vollendete Suizide	☐	☐	☐	☐	☐

BISHERIGE LÖSUNGSVERSUCHE / BEHANDLUNGEN

Welche Empfehlungen wurden bisher ausgesprochen (von Kinderärzt*in, Schule, Therapeut*in, etc.)?

Was haben Sie oder andere (z. B. Schule, etc.) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

Bisherige Behandlungen/Therapien

(Bsp.: Frühförderung, Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Medikation)

Art der Behandlung (Bei Therapie: Art und Name des Therapeut*in/ Ärzt*in bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung)	Alter (bei Beginn)	Dauer (Monate und Häufigkeit/ Anzahl der Kontakte)	Wo/Was konkret?
Ergotherapie			
Logopädie			
Lerntherapie			
Psychologische Beratungsstelle			
Ambulante Psychotherapie			
Art der Behandlung (Bei Therapie: Art und Name des Therapeut*in/Ärzt*in, bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung)	Alter (bei Beginn)	Dauer (Monate und Häufigkeit/Anzahl der Kontakte)	Wo/Was konkret?
Kinderpsychiatrische Behandlung			
Teilstationäre Psychotherapie (Tagesklinik)			

Stationäre Psychotherapie			
Ambulante Krisenintervention/Notfallvorstellung			
Stationäre Krisenintervention			
Medikation			Medikation: Dosierung:
Sonstiges			
Bisherige Diagnosen (sofern bekannt):			
JUGENDAMT			
Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt? ☐ nein ☐ ja			
Wenn ja, welches Jugendamt war/ist zuständig? ☐ Tübingen ☐ Reutlingen ☐ _____			
Zuständiger Ansprechpartner/in: Name: _____ Telefonnummer: _____			
Art, der Hilfen durch das Jugendamt: ☐ Beratung ☐ Aufsuchende Familienhilfe (SPFH) ☐ Erziehungsbeistandschaft (EZB) ☐ Intensive Einzelfallhilfe ☐ Familientherapie ☐ Tagesgruppe ☐ Wohngruppe ☐ _____ ☐ _____		Beginn und Umfang (pro Woche) der Hilfe: ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von vier Tagen oder länger?		☐ nein ☐ ja	

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

Falls Sie möchten, können Sie hier aufführen, mit welchen Erwartungen Sie zu uns kommen:

Vielen Dank!

Hinweis zur Terminvergabe und Vertretung:

Die unterzeichnete Einverständniserklärung beider sorgeberechtigten Elternteile muss uns vor der Terminvereinbarung vollständig vorliegen.

Sollte nur ein Elternteil bei Terminen anwesend sein, muss diesem schriftlich die Berechtigung erteilt worden sein, rechtswirksame Erklärungen (z. B. Schweigepflichtentbindungen) abzugeben.