

KJP Praxis Ladehoff

Interessentenbogen (Erstkontakt)

Datum der Anfrage:	___ / ___ / ____
Anfrageweg:	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Wer meldet sich?	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r <input type="checkbox"/> Patient*in <input type="checkbox"/> Andere: _____
Bevorzugter Kontakt:	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail

1) Stammdaten Kind/Jugendliche*r

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum / Alter:	___ / ___ / ____ Alter: _____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
E-Mail (optional):	_____
Krankenkasse / Versicherung:	Kasse: _____ <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Selbstzahler

2) Sorgeberechtigte / Familie

Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund/Pflege <input type="checkbox"/> Sonst.: _____
SB 1 (Name/Tel/E-Mail):	_____
SB 2 (Name/Tel/E-Mail):	_____
Getrenntlebend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hochstrittig/gerichtlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (kurz): _____

3) Interesse / Art der Anfrage

Ich/Wir interessieren uns für:

- Psychotherapeutische Diagnostik
- Psychotherapeutische Stellungnahme (z. B. Schule/Jugendamt/Gericht/Klinik/Kostenträger)

Zweck/Adressat: _____

Frist/Dringlichkeit: _____

- Einzeltherapie (KJP – Verhaltenstherapie)
- Gruppentherapie (KJP – Verhaltenstherapie)

Bei Gruppentherapie: favorisierte Gruppe (bitte ankreuzen)

- Gruppe 1 und 2:** Identität & Selbstwert– 2 Parallelgruppen, laufend
 - Gruppe 1** (Mädels ab 13 Jahren): freitags 15:00–16:40 Uhr (14-tägig ungerade KW),
Donnerstags 10-11.40h (14-tägig gerade KW)
 - Gruppe 2** (Gender gemischt, ab 18 Jahren): freitags 17:00–18:40 Uhr (14-tägig ungerade KW),
Freitags 10-11.40h (14-tägig gerade KW)
- Gruppe 3:** LGBTQ* (Queer ab 15 Jahren) – Dienstags 12:00–13:40 Uhr (14-tägig gerade KW),
- Gruppe 4:** Jungengruppe (13–14 Jahre) – Donnerstags 12-13.40h (14-tägig ungerade KW),

Gruppe 5: Mädchengruppe (15–16 Jahre) – donnerstags 12:00–13:40 Uhr (14-tägig gerade KW)

4) Anliegen & Ziele (kurz)

Hauptgrund der Anfrage (2–5 Sätze):

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten? <3 Monate 3–6 Monate 6–12 Monate >1 Jahr

Therapie-/Beratungsziele (max. 3):

1) _____

2) _____

3) _____

5) Schwerpunkte (ankreuzen)

- Ängste/Panik Depressive Stimmung Zwänge Trauma/Belastung
- Wut/Impulsivität/Aggression Schulprobleme/Vermeidung Konzentration/ADHS-Frage
- Soziales/Mobbing Medien/Gaming Schlaf Essverhalten
- Entwicklungs-/Autismusfrage Sonstiges: _____

Beeinträchtigung im Alltag: leicht mittel stark

6) Sicherheit / Akutrisiko (wichtig)

SVV in den letzten 6 Monaten? nein ja (kurz): _____

Suizidgedanken aktuell? nein ja

Fremdgefährdung / starke Gewalt? nein ja (kurz): _____

Hinweis: Bei akuter Gefahr bitte 112 / Krisendienst / nächstgelegene Klinik.

7) Vorbehandlung / Medikamente

Schon Psychotherapie? nein ja (wann/wo): _____

Stationär/Tagesklinik? nein ja: _____

Medikamente? nein ja: _____

8) Organisation

Terminmöglichkeiten: vormittags nachmittags flexibel

Beste Erreichbarkeit: vormittags nachmittags

Hinweise (z. B. Reizsensibilität/Sprachen): _____

Einwilligung Kontakt/Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme und Wartelistenorganisation verarbeitet werden.

Ja, Einwilligung erteilt

Ort/Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____

WICHTIGE INFORMATIONEN

