



[Vom ZPKJ auszufüllen]	Eingangsdatum:
Behandelnd*e Therapeut*in:	
Anfrage-Nummer:	Pat.-Nummer:

Institut für Psychologie

Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Wollweberstr. 1,

17489 Greifswald

Tel.: 03834 420 3784

Anmeldebogen

Für die psychotherapeutische Abklärung der Auffälligkeiten, die Sie bei Ihrem Kind festgestellt haben, ist es für uns wichtig, einen Überblick über die Entwicklung und die aktuelle Lebens- und Familiensituation zu gewinnen. Wir bitten Sie deshalb, den hier vorliegenden Anmeldebogen korrekt und möglichst vollständig auszufüllen. Bitte lesen Sie die Hinweise sorgfältig durch. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Neben der Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen gehört es zu den Aufgaben und Zielen des Zentrums für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ), die Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und ihre Behandlung zu erforschen. Außerdem gehört es zu unserer Aufgabe, Studierende auf den Beruf des/r Psychotherapeut*in vorzubereiten und darin auszubilden. Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte beachten Sie die Informationen bezüglich der Möglichkeiten Ihrer Mitarbeit für Forschung und Lehre am ZPKJ.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement!

1. Persönliche Angaben zur*m Patient*in

Ich melde mein Kind an Ich melde mich selbst an (ab 15 J.)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____. _____. _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefonische Erreichbarkeit: _____

Versicherungsinformation (des Kindes/ Jugendlichen):

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

mögliche Termine (Wochentag/ Uhrzeit): _____

Aktuelle Wohnsituation: Ich wohne/ Das Kind wohnt aktuell

- bei beiden leiblichen Eltern.
- bei einem leiblichen Elternteil (Mutter , Vater)
- bei einer Pflegefamilie/ Adoptiveltern.
- in einem betreuten Wohnen bzw. einer Wohngruppe.
- in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft.
- sonstiges: _____

Kindergarten/ Schule/ Ausbildung:

- Mein Kind geht aktuell in einen Kindergarten.
Name des Kindergartens: _____
- Ich gehe/ mein Kind geht aktuell zur Schule.
Name der Schule: _____
- Ich mache eine Ausbildung/ Studium:

- sonstiges: _____

2. Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

Name/n des/ der Erziehungsberechtigten:

_____, _____

Anschrift: _____

Beziehung zum Kind/ Jugendlichen: _____

Kontakt Telefon: _____

Wann sind Sie am besten telefonisch zu erreichen? _____

Sorgeberechtigt ist/ sind: _____

3. Medizinische Angaben

Sind aktuell oder aus der Vergangenheit körperliche Vorerkrankungen bekannt?

Nein

Ja , wenn ja welche (Bitte auch Jahr angeben): _____

Liegt aktuell oder in der Vergangenheit eine medizinische Behandlung vor?

Nein

Ja , welche: _____

Werden derzeit Medikamente eingenommen?

Nein

Ja , welche: _____

Behandelnde*r Kinder- oder Hausarzt*in (Name, Adresse):

4. Anlass der Vorstellung

Was ist der Anlass zur Vorstellung in der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychotherapie?
[Kurze Beschreibung aktueller Probleme, Herausforderungen oder Symptome]

Gab es eine Empfehlung für die Anmeldung für eine psychotherapeutische Behandlung?

Nein Ja , durch: _____

Findet aktuell oder fand in der Vergangenheit eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in einer ambulanten Praxis statt?

Nein Ja , von – bis: _____

Liegt gegenwärtig oder wurde in der Vergangenheit eine Diagnose von psychologischer Bedeutung gestellt?

Nein Ja , Diagnose und Jahr: _____

Gab es in der Vergangenheit bereits einen stationären Aufenthalt?

Nein Ja , von _____ bis: _____ Ort: _____

Weitere Notizen:

Wichtige INFORMATIONEN vor Beginn der DIAGNOSTIK UND SPRECHSTUNDEN

Über die Behandlung psychischer Erkrankungen hinaus gehört es zu den Aufgaben und Zielen des ZPKJ, die Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und ihre Behandlung zu erforschen. Wenn wir die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen sowie die Wirkmechanismen der Psychotherapie besser verstehen, können wir die Psychotherapie gezielter an jeder Patientin und jedem Patienten anpassen und somit die Wirksamkeit verbessern. Die Ergebnisse unserer Psychotherapieforschung kommen also sowohl Ihnen, als auch weiteren Patientinnen und Patienten in der Zukunft zugute. Schließlich gehört es zu unserer Aufgabe, Studierende auf den Beruf der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten vorzubereiten und darin auszubilden. Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Die Möglichkeiten Ihrer Mitarbeit werden wir im Folgenden beschreiben.

1. Eingangsdagnostik vor Durchführung der Sprechstunden

Fragebogendiagnostik als Voraussetzung für die Einladung zur Sprechstunde dient vor allem der optimalen Vorbereitung Ihrer Sprechstunde. Mit den zusätzlichen Informationen ist es uns möglich, zielgerichteter auf Ihre Bedürfnisse und Probleme im Gespräch einzugehen und den Verdacht auf eine psychische Erkrankung besser zu klären sowie individualisierter Hilfsangebote aufzuzeigen. Ebenso dient die Erhebung der Daten der Beantwortung unserer Forschungsfragen, um Psychotherapien zu optimieren und psychische Probleme besser zu verstehen.

2. Video- und Audioaufnahmen

Zur Dokumentation werden die Sprech- sowie Behandlungsstunden mit Hilfe von Video- und/oder Audiogeräten aufgezeichnet. Diese Aufnahmen bilden die Grundlage für eine professionelle Supervision der Therapie durch die jeweilige Supervisorin oder den Supervisor der Ambulanz. Hierdurch wollen wir die hohe psychotherapeutische Qualität der Behandlung sicherstellen.

3. Einbezug von Studierenden in die Psychotherapie

Ein Teil der Ausbildung Psychologiestudierender der Universität Greifswald (Bachelor und Master) findet am ZPKJ statt. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit wollen wir den Studierenden und zukünftig Therapierenden unsere umfangreichen Erfahrungen in der Behandlung psychischer Erkrankungen weitergeben, um sie bestmöglich auf den zukünftigen Beruf des*der Psychotherapeut*in vorzubereiten. Wir werden daher gegebenenfalls mit der Bitte an Sie herantreten, einer*einem Ihnen vorgestellten Studierenden die Teilnahme an der Behandlung zu ermöglichen. Zudem werden wir gegebenenfalls mit der Frage an Sie herantreten, ob Sie in Lehrveranstaltungen, wie Seminaren und Vorlesungen über Ihre Erfahrungen mit der psychischen Erkrankung und/oder Ihrer Psychotherapie berichten möchten. Selbstverständlich können Sie sowohl den Einbezug von Studierenden in Ihre Psychotherapie als auch Ihren Einbezug in Lehrveranstaltungen ablehnen. Auch die Studierenden unterliegen der Schweigepflicht!

4. Hinweise zu Datenverarbeitung

Alle erhobenen Informationen unterliegen der gesetzlich vorgeschriebenen Schweigepflicht. Im Rahmen der Fragebogenuntersuchungen werden Daten bezüglich Ihrer psychischen Gesundheit pseudonymisiert erhoben und gespeichert. „Pseudonymisiert“ bedeutet, dass in den übermittelten Daten kein Bezug auf Ihren Namen bzw. den Namen Ihres Kindes

enthalten ist, die Daten erhalten eine künstliche Kennung, bestehend aus Buchstaben und Zahlen. Ihre Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nur über eine im ZPKJ separat hinterlegte Identifikationsliste möglich. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt, unter Einhaltung des Datenschutzes, durch Dr. Ahrens-Eipper und ihre Mitarbeiter*innen des Instituts für Psychologie der Universität Greifswald. Die aktuellen Patienteninformationen zum Datenschutz bzgl. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für diese Zwecke finden Sie unter folgender Adresse:

https://zpkj.uni-greifswald.de/storages/uni-greifswald/fakultaet/mnf/psychologie/zpkj/Dokumente/Pat_Informationen_Datenschutz.pdf

Falls Daten, z.B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten im In- oder Ausland, weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/wissenschaftlichen Zwecken und in vollständig anonymisierter Form. „Anonymisiert“ bedeutet, dass die Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können.

5. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an den Untersuchungen verbunden

Das Ausfüllen der Fragebögen und die Durchführung der Sprechstunden können möglicherweise belastend für Sie und Ihr Kind sein. Wenn die Belastungen zu groß werden, können Sie selbstverständlich zu jeder Zeit das Ausfüllen von Fragebögen oder die Durchführung der Behandlung unterbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Ihr Kind wird unter anderem zu dem Thema „lebensmüde (suizidale) Gedanken und Pläne“ befragt. Sollten Sie oder Ihr Kind keinen Abstand mehr von lebensmüden Gedanken nehmen können oder sich in einer akuten Krisensituation befinden, können Sie sich bei den folgenden Stellen melden, um sofortige Hilfe zu bekommen:

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Rostock: 0381 12371 5010

Stralsund: 03834 519868

Der sozialpsychiatrische Dienst (erreichbar von 8.00 bis 16.00 Uhr):

Greifswald: 03834 8760 2401

Greifswald Umland: 03834 8760 2502

Anklam: 03834 8760 2422

Pasewalk: 03834 8760 455

Telefonseelsorge: 0800 1110111 (evangelisch) 0800 1110222 (katholisch) oder 116123

Notruf: 112

6. Entstehen für mich durch die Teilnahme an der Eingangsdiagnostik zusätzliche Kosten? Ist eine Aufwandsentschädigung vorgesehen?

Durch Ihre Teilnahme an unserer Diagnostik und Behandlung entstehen für Sie keine zusätzlichen finanziellen Kosten. Entsprechend können wir Ihnen für die Teilnahme keine Aufwandsentschädigung zahlen. Die Erhebung und Auswertung dieser Daten bedürfen natürlich Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Wir möchten Sie daher bitten, die untenstehende Einwilligungserklärung auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit Ihrem Eingangsfragebogen zurückzuschicken bzw. in der Ambulanz abzugeben.

Einverständniserklärungen

BESTÄTIGUNG DER SPRECHSTUNDENBEDINGUNGEN UND EINWILLIGUNGEN

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum (Patient*in)

Name, Vorname

Geburtsdatum (Sorgeberechtigte/r)

Name, Vorname

Geburtsdatum (Sorgeberechtigte/r)

Mit * gekennzeichnete Bestätigungen sind Voraussetzung für eine Sprechstunde am ZPKJ. Es müssen alle Sorgeberechtigten unterschreiben, eine Selbstanmeldung ist mit 15 Jahren möglich. Bei Rückfragen können Sie sich gern an uns wenden. Die Einwilligungen in diese Erklärung sind vollkommen freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

Allgemeine Aufklärung*

Hiermit erkläre ich, dass ich über den Ablauf und die besonderen Bedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung im Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ) der Universität Greifswald informiert worden bin, insbesondere in Bezug auf die Dokumentation meiner persönlichen Daten und in der Patientenakte, in der Rechneranlage sowie auf Ton- und Bilddatenträgern. Die Patienteninformationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en)

Sprechstundendokumentation*

Im Rahmen der therapeutischen Sprechstunde werden Informationen über mich und meine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Für den Schutz meiner Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Die Patienteninformationen zum Datenschutz bzgl. der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für diese Zwecke habe ich zur Kenntnis genommen.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en)

Schweigepflichtsentbindung (intern)*

Sämtliche Patient*innenkontakte am Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ) werden supervidiert (Einzel- und Gruppensupervision). Soweit für diesen Zweck erforderlich, entbinde ich meinen*meine Behandler*in und die Ambulanz von der Schweigepflicht gegenüber dem*der zuständigen Supervisor*in (und dessen*deren Stellvertreter*in) bzw. den ambulanzinternen Teilnehmer*innen der Gruppensupervision.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en)

Forschungsbezogene Datenverwendung

Alle behandlungsbezogenen Daten werden – pseudonymisiert, d.h. ohne Ihren Namen oder sonstige Personendaten – in den Datenbestand des Zentrums für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ) übernommen. Ihre Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nur über eine im ZPKJ separat hinterlegte Identifikationsliste möglich. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt, unter Einhaltung des Datenschutzes, durch Dr. Ahrens-Eipper und ihre Mitarbeiter*innen des Instituts für Psychologie der Universität Greifswald. Falls Daten, z.B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten im In- oder Ausland, weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/wissenschaftlichen Zwecken und in vollständig anonymisierter Form. „Anonymisiert“ bedeutet, dass die Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können. Ich willige allumfassend in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für forschungsbezogene Zwecke ein.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en)

Videoaufzeichnungen:

Einwilligung zu Zwecken der Vor- und Nachbereitung und Supervision der Sprechstunde

Ich willige ein, dass Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt werden, und dass diese zur Supervision genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person vollständig gewahrt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die mit meiner Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden spätestens nach Abschluss der Behandlung gelöscht.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en)

Videoaufzeichnungen:

Einwilligung zur Verwendung zu Forschungszwecken

Ich willige ein, dass die im Rahmen meiner Sprechstunde erstellten Video- und Audioaufzeichnungen zu Forschungszwecken sowie in der Lehre genutzt werden dürfen. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person vollständig gewahrt bleiben: Zugriff erhalten nur Personen, die mit der wissenschaftlichen Auswertung der Aufnahmen beauftragt sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden spätestens nach Abschluss der Behandlung gelöscht. Die Aufzeichnungen werden nur nach vorheriger Absprache genutzt.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en)

Bitte senden Sie das Anmeldeformular postalisch an:
Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
Wollweber Str. 1
17489 Greifswald

Checkliste

Bitte bringen Sie die folgenden Unterlagen zu dem vereinbarten Sprechstundentermin mit:

- Überweisungsschein (an psychotherapeutische Hochschulambulanz)
- Krankenkassenkarte (des Kindes)
- Vorbefunde
- U-Heft
- Zeugnisse