



Sehr geehrte Eltern, liebe/r Jugendlicher,

mit diesem Anmeldebogen möchte ich einen ersten Überblick über den Vorstellungsgrund, die Problemsituation und die aktuelle Lebenssituation erhalten. Gerne können Sie auf der Rückseite des Anmeldebogens Ihre Angaben ergänzen. Alle Angaben werden **vertraulich** behandelt.

Bitte beachten Sie, dass **beide sorgeberechtigten Eltern** die Unterlagen **unterschreiben** müssen. Sollten Sie alleinig sorgeberechtigt sein, genügt Ihre Unterschrift.

Jugendliche ab 16 Jahren können sich ohne Einverständnis der Eltern anmelden.

Senden Sie mir bitte den **Anmeldebogen** und die **Schweigepflichtentbindung** zu. Nach Erhalt der Unterlagen melde ich mich bei Ihnen, sobald ein Termin zum Erstgespräch frei ist.

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgende Unterlagen (in Kopie) mit:

- Versichertenkarte
- Schulzeugnisse
- Vorbefunde und Arztbriefe
- das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft

Ihr Therapeut

Sebastian Pfohl



Anmeldebogen

Vorname und Name (**Kind/Jugendliche/r**): _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Wir sind telefonisch am besten erreichbar: _____

oder unter _____ Tage/Uhrzeit: _____

Email: _____

Krankenversicherung (gesetzlich oder privat): _____

Hauptversicherter: _____

Vers. Nr. Patient/in: _____

Name **Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____

Fam. Stand: _____ Beruf: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Name **Vater**: _____ Geburtsdatum: _____

Fam. Stand: _____ Beruf: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater

andere Person/en: _____

Kindergarten **Schule** Klasse _____

Ausbildung

Name / Ort Kindergarten/ Schule /Ausbildung:



Vorstellungsgrund

Bitte schildern Sie den genauen Vorstellungsanlass, Ihre Sorgen und die Problemsituation:

Seit wann bestehen die Probleme: _____

Besonderheiten in der Entwicklungsgeschichte (Krankheiten/ auffällige Entwicklung/ traumatische Lebensereignisse,...):

Vorbehandlungen (ärztliche oder psychologische, Beratungen, Untersuchungen):

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Behandlung:

Einsatz Therapiehund gewünscht ja nein

Hundeallergie Patient oder Begleitperson ja nein

Ort, Datum

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter



Schweigepflichtentbindung

Wir entbinden/Ich entbinde hiermit Herrn Sebastian Pfohl von der ihm obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht §203 StGB über unser/mein Kind.

Vorname und Name: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Ansprechpartner/in

gegenüber Hausarzt/ Kinderarzt..._____

Schule....._____

Jugendamt....._____

Behandler/in....._____

Sonstige....._____

Nichtzutreffendes bitte streichen!

Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass Herr Sebastian Pfohl zu den oben genannten Personen / Institutionen - unter Beachtung des Datenschutzes - Kontakt aufnimmt und entsprechende Unterlagen / Informationen anfordert bzw. weiterleitet. Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich dem Psychologen gegenüber anvertraut habe. Die Schweigepflichtentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und / oder Institutionen. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters

Ort, Datum

Unterschrift der/des Jugendlichen