



## Aufnahmefragebogen – Eltern/Bezugspersonen

Von: (Patient):

### 1. Angaben zu Mutter/Vater

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Mutter:	
Vater:	

Anschrift, Telefon:

Mutter:

Vater:

Kasse, Versicherung:

Zusatzversicherung:

### Beruf

Vater	Mutter

Hausarzt oder Facharzt:  
 (Name, Adresse)

Kinder-und Jugendpsychiater/Erwachsenenpsychiater/-neurologe:  
 (Name, Adresse)

Niedergelassene/r Psychotherapeut/in:

### 2. Schule, Anschrift, Klassenstufe, Klassenlehrer

### 3. Sorgerecht (bitte ankreuzen)

Beide Eltern	Mutter allein	Vater allein	Amtsvormundschaft



#### 4. Familienstand

Aktuelle Lebens-und Wohnsituation (bitte ankreuzen)

Verheiratet		Seit/von... Bis
Getrennt lebend		Seit
Geschieden		Seit

#### 5. Mein Sohn/Tochter hatte bereits folgende Therapien

	Name	Adresse	Jahr	wie lange?
Ambulante Psychotherapie				
Stationäre Behandlung				
Andere				

\*Bitte lassen Sie von den Vorbehandlung die jeweiligen Behandlungsberichte an die folgende Fax-Nr. der Klinik Haus Vogt schicken: 07651 200817. Selbstverständlich werden die Unterlagen streng vertraulich behandelt

#### 6. Mein/e Sohn/Tochter leidet unter den folgenden Symptomen... Bitte Zutreffendes ankreuzen

depressive Verstimmung		Über-oder Untergewicht	
Schlafstörungen		Selbstmordgedanken/-Pläne	
Morgentief		Selbstmordversuch/e, ggf. wann	
Konzentrationsschwierigkeiten		sexuelle Probleme	
Gedächtnisprobleme		Erleben, selbst nicht wirklich da zu sein	
Appetitverlust		eigene Gefühle fühlen sich fremd an	
starke innere Unruhe		Andauerndes Bedrohungsgefühl	
dauernde Müdigkeit		häufige Scham	
starke Erschöpfung		Schuldgefühle	
Angst		Alpträume	
Phobien		Wutanfälle, die ich nicht steuern kann	
Panikattacken		Selbstverletzungen	
Lebensüberdruss-Gedanken		innere Verwirrung oder Zerrissenheit	
Einsamkeit		Konflikt/e mit dem Gesetz	
Herzklopfen, Herzrasen		Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten	
Schwindel		über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch	
Atembeschwerden		über-/regelmäßiger Nikotingebrauch	
Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals		Drogengebrauch	
Taubheit-oder kribbelt Gefühle		häufiger Schmerzmittel-/Beruhigungsmittelgebrauch	
Schweißausbrüche		häufiger Abführmittelgebrauch	



Kopfschmerzen		Zwangsgedanken oder- Handlungen	
Tinnitus, Ohrgeräusche		Übermäßiger Perfektionismus	
Verdauungsbeschwerden		hohes Bedürfnis nach eigener Wichtigkeit und Anerkennung	
Juckreiz		Angst vor Intrigen oder Verfolgung	
Körperliche Beschwerden ohne medizinisch nachweisbare Ursachen		Starkes Misstrauen gegen andere	
Fressanfälle		Einzelgängertum	
Hungern		Außenseiterrolle	
übermäßige Beschäftigung mit dem Gewicht			

**7. Die aktuelle Problematik, aufgrund der eine Behandlung in der Klinik Haus Vogt aus meiner/unserer Sicht erforderlich ist (kurz, in Stichworten)**

**8. Symptome und Beschwerden, die sich aus meiner/unserer Sicht in der letzten Zeit akut verschlimmert haben, sodass mein/e Sohn/Tochter eine stationäre Behandlung braucht (kurz, in Stichworten)**

**9. Ich/wir vermute/n Ursachen der Probleme meines/r Sohns/Tochter in folgenden Themen (kurz, in Stichworten)**

**10. mein/e Sohn/Tochter hat die folgenden medizinischen Vorerkrankungen, Behinderungen, körperlichen Beeinträchtigungen (seit wann-kurz in Stichworten)**

**11. die folgenden körperlichen Erkrankungen meines/r Sohnes/Tochter werden in der Klinik Haus Vogt mit zu behandeln oder besonders zu berücksichtigen sein**



**12. Die folgenden Medikamente nimmt mein/Ehe Sohn/Tochter derzeit ein (Name der Medikamente, Einnahmehäufigkeit und Menge):**

**13. Wie ist das Essverhalten ihres/R Sohnes/Tochter? Beschreiben Sie bitte ggf. folgende Punkte: Häufigkeit von Mahlzeiten, Diät- und Hungerphasen, Fressanfälle, Erbrechen, Einnahme von Abführmittel.**

**14. Meine/e Sohn/Tochter isst folgende Kostform:**

Normal	Vegetarisch	Schweinfleischfrei	Sonstiges

**14. Spiritualität, Religion oder Glaube hat für mich/uns einen wichtigen Stellenwert (falls zutreffend, kurze Beschreibung in Stichworten)**

**15. die Motivation meines/r Sohnes/Tochter für eine stationäre Behandlung liegt bei (bitte ankreuzen)**

10 =maximal	09	08	07	06	05	04	03	02	01 =minimal
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----------------

**16. die Freiwilligkeit meines/R Sohnes/Tochter liegt bei**

10 =maximal	09	08	07	06	05	04	03	02	01 =minimal
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----------------

**17. zusätzliche wichtige Punkte**

<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>
---------------	----------------------

**Wir danken Ihnen für die gewissenhafte und vollständige Beantwortung *aller* Fragen. Sie unterstützen uns damit bei der Aufnahme- und Therapieplanung!**