

Aufnahmefragebogen – Eltern/Bezugspersonen

[Download Formular](#)

Wir bitten Sie dieses Formular gewissenhaft auszufüllen. Sie haben die Möglichkeit das Formular online auszufüllen und zu speichern, oder als [PDF-Datei](#) auszufüllen, auszudrucken und uns auf dem Postweg zukommen zu lassen.

VON (PATIENT):

Name: Vorname:

Mail-Adresse:

1. ANGABEN ZU MUTTER/VATER

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Mutter:

Vater:

Anschrift, Telefon: Mail-Adresse: 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 WOHNSTITUATION (BITTE ANKREUZEN)

Verheiratet ☐ Seit/von...bis

Geschieden ☐ Seit

Getrennt lebend ☐ Seit

5. MEIN SOHN/TOCHTER HATTE BEREITS FOLGENDE THERAPIEN

☐ Ambulante Psychotherapie

Name	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Wie lange?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

☐ Stationäre Behandlung

Name	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Wie lange?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

☐ Andere

Name	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Wie lange?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> Über- oder Untergewicht
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken /-pläne
<input type="checkbox"/> Morgentief	<input type="checkbox"/> Selbstmordversuch/e, ggf. wann
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> sexuelle Probleme
<input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/> Erleben, selbst nicht wirklich da zu sein
<input type="checkbox"/> Appetitverlust	<input type="checkbox"/> eigene Gefühle fühlen sich fremd an
<input type="checkbox"/> starke innere Unruhe	<input type="checkbox"/> andauerndes Bedrohungsgefühl
<input type="checkbox"/> dauernde Müdigkeit	<input type="checkbox"/> häufige Scham
<input type="checkbox"/> starke Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Schuldgefühle
<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Alpträume
<input type="checkbox"/> Phobien	<input type="checkbox"/> Wutanfälle, die ich nicht steuern kann
<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/> Selbstverletzung
<input type="checkbox"/> Lebensüberdruß-Gedanken	<input type="checkbox"/> innere Verwirrung oder Zerrissenheit
<input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> Konflikt/e mit dem Gesetz
<input type="checkbox"/> Herzklopfen, Herzrasen	<input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden	<input type="checkbox"/> über-/regelmäßiger Nikotingebrauch
<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> Drogengebrauch
<input type="checkbox"/> Taubheits- oder Kribbelgefühle	<input type="checkbox"/> häufiger Schmerzmittel-/Beruhigungsmittelgebrauch
<input type="checkbox"/> Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> häufiger Abführmittelgebrauch
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Zwangsgedanken oder -handlungen
<input type="checkbox"/> Tinnitus, Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> übermäßiger Perfektionismus
<input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> hohes Bedürfnis nach eigener Wichtigkeit und Anerkennung
<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Angst vor Intrigen oder Verfolgung
<input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden ohne medizinisch nachweisbare Ursachen	<input type="checkbox"/> starkes Misstrauen gegen andere
<input type="checkbox"/> Fressanfälle	<input type="checkbox"/> Einzelgängertum
<input type="checkbox"/> Hungern	<input type="checkbox"/> Außenseiterrolle
<input type="checkbox"/> 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:

Vegetarisch

Schweinefleischfrei

☐☐

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

16. 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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. die Freiwilligkeit meines/r Sohnes/Tochter liegt bei

10 (maximal)	09	08	07	06	05	04	03	02	01 (minimal)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. zusätzliche wichtige Punkte

☐ Ich akzeptiere die Datenschutzbestimmungen. *