

Aufnahmefragebogen – Eltern/Bezugspersonen

[Download Formular](#)

Wir bitten Sie dieses Formular gewissehaft 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:

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 WOHSITUATION (BITTE ANKREUZEN)

Verheiratet

Seit/von...bis

Geschieden

Seit

Getrennt lebend

Seit

5. MEIN SOHN/TOCHTER HATTE BEREITS FOLGENDE THERAPIEN

Ambulante Psychotherapie

Name	Jahr
------	------

Adresse	Wie lange?
---------	------------

Stationäre Behandlung

Name	Jahr
------	------

Adresse	Wie lange?
---------	------------

Andere

Name	Jahr
------	------

Adresse	Wie lange?
---------	------------

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

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	Selbstverletzung
Lebensüberdruss-Gedanken	innere Verwirrung oder Zerrissenheit
Einsamkeit	Konflikt/e mit dem Gesetz
Herzklopfen, Herzrasen	Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten
Schwindel	über-/regelmäßiger Alkoholgebrauch
Atembeschwerden	über-/regelmäßiger Nikotingebräuch
Schluckbeschwerden, Kloßgefühl im Hals	Drogengebrauch
Taubheits- oder Kribbelgefühle	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:

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"/>									

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

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

18. zusätzliche wichtige Punkte

(Textfeld für zusätzliche wichtige Punkte)

Ich akzeptiere die Datenschutzbestimmungen.*