

Liebe Eltern und Familien,  
dieses Formular ermöglicht es uns Ihnen einen kurzfristig frei werdenden Termin anzubieten. Alle Anfragen werden vertraulich behandelt, nicht elektronisch verarbeitet und in der 2. Woche des nächsten Monats gelöscht.

**Sollten Sie nichts von uns hören, melden Sie sich bitte telefonisch am 1. Montag des nächsten Monats.** Ab dann werden Termine für Erstgespräche des darauffolgenden Monats vergeben. Leider können wir keine Gewähr geben, dass Sie am 1. Montag des nächsten Monats einen Ersttermin erhalten, da die Terminvergabe nur solange erfolgt, wie Termine für den darauffolgenden Monat vorhanden sind. **Es besteht durch die Übersendung dieses Formulars keine Reservierung oder Vormerkung.**

Für eine Weiterbearbeitung bitten wir Sie, das Formular vollständig auszufüllen und an uns per Post oder Fax zu übermitteln (Übersendung als Email-Anhang nicht möglich!)

**Patientenname:** \_\_\_\_\_  Mädchen  Junge geb. am: \_\_\_\_\_

**Telefonnummer eines Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_  
(bitte mit Möglichkeit eine Nachricht zu hinterlassen)

**Erziehungsberechtigte:**  beide Eltern (zusammen lebend)  beide Eltern (getrennt lebend)  
 nur Mutter  nur Vater  andere: \_\_\_\_\_

**1. Wir wenden uns an Ihre Praxis wegen:**

- einer Einschätzung, Untersuchung und ggf. Behandlung (bitte weiter unter 2.)  
 einer spezifischen ambulanten Psychotherapie (bitte weiter unter 3.)

**2. Vorstellungsgrund**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> <u>Probleme in der Schule</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Allgemein</li><li><input type="checkbox"/> Lesen oder Rechtschreiben</li><li><input type="checkbox"/> Rechnen</li><li><input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit</li><li><input type="checkbox"/> Regelüberschreitungen</li><li><input type="checkbox"/> Mitarbeit</li><li><input type="checkbox"/> Ausgrenzungen</li><li><input type="checkbox"/> Anderes:</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <u>Probleme im Essverhalten</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Möglicher Autismus</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Anderes:</u></p> | <p><input type="checkbox"/> <u>Emotionale Probleme</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ängste</li><li><input type="checkbox"/> Traurigkeit</li><li><input type="checkbox"/> Rückzug</li><li><input type="checkbox"/> Zwänge</li><li><input type="checkbox"/> Gereizt /Wutanfälle</li><li><input type="checkbox"/> nach einem belastenden Ereignis</li><li><input type="checkbox"/> Anderes:</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <u>Auffälliges Sozialverhalten</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hält sich nicht an Regeln</li><li><input type="checkbox"/> Aufbrausend / Wutanfälle</li><li><input type="checkbox"/> Aggressivität</li><li><input type="checkbox"/> viele Konflikte mit andern Kindern</li><li><input type="checkbox"/> viele Konflikte mit Erwachsenen / zu Hause</li><li><input type="checkbox"/> Anderes:</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Weitere Informationen zum Vorstellungsgrund:

**3. Wir suchen eine Psychotherapie**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> Wir suchen eine:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie</li><li><input type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Psychotherapie</li><li><input type="checkbox"/> Psychoanalyse</li><li><input type="checkbox"/> Andere:</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Wir wissen nicht, welche Therapieform geeignet ist</p> | <p><input type="checkbox"/> Psychotherapie empfohlen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hausarzt</li><li><input type="checkbox"/> (Kinder-und Jugend-) Psychiater</li><li><input type="checkbox"/> Krankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie</li><li><input type="checkbox"/> Andere:</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**4. Erfolgt bereits eine Behandlung in einem SPZ, einer anderen kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, einer KJP Institutsambulanz?**  ja  nein

letzter Termin war am:  
nächster Termin ist am:

**5. Bevorzugte Tage für einen Ersttermin:**  Mo  Di  Mi  Do  Fr  jeder Tag  
Erstgespräche finden immer vormittags statt. Teilen Sie gerne ggf. einen bevorzugten Wochentag mit.